

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 672677

Prontuário: 293995

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data Nasc.: 06/09/1969 Idade: 49

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: RG: 3213766

CNS: 700407419001740

Endereço: RUA DO SITIO SAO BRAS

Nº: 122

Bairro: SITIO DOS PINTOS

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52171170 Fone: 81970120

Profissão:

Nome da Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Acompanhante: MAURICEIA DIAS MARIZ

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: UPA TORROES

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5593635. REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO COM DOR EM OMBRO

Acidente de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO DATA: 07/01/2015 HORA: 18:47 n. Médico:

Queixa Principal / HDA: REPEDE DOR E INFOMIMIDE EM OMBRO
DIREITO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 8H

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:

Colisão: Sim Não Tipo: Motorista: Passageiro:

Atropelamento: Sim Não Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura m:

Quimadura: Sim Não Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por que:

Observações: REFEZ A ORT BENTON 14/11. E SE REINTERVISTOU ONTEM MAIS

Exame Físico:

A: Geral Bom Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Te. ip.: Cº

Órgao, Exame, Resultado

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocôricas Anisocôricas

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motoria

Escore: Hora:

E: Sistêmico

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 MAI 2015

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 18:35

Nome Paciente:	MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	06/03/1969
Sexo:	Masculino
Idade:	49
Senha:	E0041
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 07/01/2019 18:37 - 07/01/2019 18:38

SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE HIPOCORADO REFERE COLISÃO LATERAL MOTO X CARRO, HÁ 6HS,
QUEIXANDO - SE DE DOR EM OMBRO DIR.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl 900 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2019 18:38

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Nº registro: 653741

Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Fone: 81 98197-0120

Endereço: R. SÃO BRAZ, nº 122, SITIO DOS PINTOS. RECIFE - PE

Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO **CR: ORTOPEDIA - AMARELO**

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- PCT TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE DOR MODERADA EM OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

- ALERGIA MEDICAMENTOSA (-)HAS (-)DM (-)

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 7

DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRICO DE DOR EM OMBRO DIREITO
APOS RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VOMITOS

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

A- VIAS AÉREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RÍGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Nº registro: 653741

Sexo: M
Idade: 19 Ano (s)
Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Endereço: R. SÃO BRAZ, nº 122, SITIO DOS PINTOS. RECIFE - PE
Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 N° protocolo:

Sexo: Masculino
Fone: 81 98197-0120

C DÁCIA LIVRE, AGORAMEN TRAILER, FC: FALLO A 80 MMHG
n. GLASGOW 15

E-DOK ENTRADA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO

RESERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

FEITO ANALGIA, TENTANDO REALIZAR REDUÇÃO SEM SUCESSO
ENCAMINHO PARA REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO

HGV- TRAUMATO
SENHA 5593635

Resultados de Exames:

RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO GLENOURERAL ANTERIOR

Dra. Fabiana Emerenciano
Coord. Médica - CRM 171
UPA Torrões

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
CRM: 22186

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 MAI 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.160-010
RECIFE-PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

- IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
- CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- PREJUÍZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA
- DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINuíDA
- HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGlicemíA)
- OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
- SEDAÇÃO/ANESTESIA
- MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
- PACIENTE CIRÚRGICO

**CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.**

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM
 NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante à noite;
10. Orientar a evitar apolar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

05/09/2014/0001-41
TRALÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAI 2014

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902-B/C
Boa Vista - CEP 50.080-010
RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen *Normal*

SCLAV TIRE DÉFORMANTE Em 04 Pneumotórax
Diagnóstico Inicial: *Fratura de costela direita de origem direta*
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

NX

Código Procedimento:

Dr. Sérgio Jucáres
Traumato-Ortopedia
CRM: 9741
Mat: 730222-5
Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

AO PÍOCO CINÚCICO AVANTO FRÉ

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução da Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condicão de Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Observações:

Assist. Social

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº de Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº de Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 07/01/2019 18:47 h

JOSENEIDEAS

Impressão: 07/01/2019 18:47 h JOSENEIDEAS

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 MAI 2019

Médico

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFGIFF-PF

02/01/19

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) Marcos
Luis Alvim Rodrigues,
necessita de 15
(quinze) dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.

CID: S47

H. GV
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 07/01/19
LOCALIDADE E DATA

Dr. Sérgio Tavares
Tradicante - Ortopedia
CRM: 9741
Mat. 230220/5

Assinatura do Médico – CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Centro
Recife/PE - CEP: 50.000-060
Fone: (81) 31845600
HSV 1017 V 1 2013

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE/PE

22/01/19

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) Marcos

Luis Alvaro Rodrigues, necessita de 15
(Quinze) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S 42

H. G. V.
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 07/01/19
LOCALIDADE E DATA

Dr. Sérgio Tavares
Traumatologista - Ortopedista
CRM: 9743
Mat. 230220-5

Assinatura do Médico – CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n – Candeias
Recife/PE – CEP 50.830-060
Fone: 081 21945600
HGV 10117 V 1.3013

05.802.494/0001-41

TRACAJÁ CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

1. Ocorrência da Emergência: 672677

1.1 - Atendimentos em: 07/01/19

1.2 - Às 18 horas e 47 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 293995

2.1 - Internado em: 07/01/19

2.2 - Alta em: 10/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 07/01/19 = REDUÇÃO DA LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRABALHO.

DATA: 15.4.2019

HORA: 09:28:53

PASTA: 01.03.2019

TB

LP

Dr. Tadeu Buril
Médico Vasculair
CRM 3011 / Mat. 0586663

Dr. Tadeu Buril.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, N° 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Nº registro: 653741

Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)

Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Endereço: R SÃO BRAZ, nº 122, SITIO DOS PINTOS. RECIFE - PE

Data/hora: 07/01/2019 - 15:56

Nº pág.: 1/1

Sexo: Masculino
Fone: 81 98197-0120

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE CONSULTADO PELO SAMU, APRESENTANDO DOR EM REGIÃO DE OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: () Temperatura: °
 PA: x mmHg HGT: mg/dL

A- VIAS AEREAIS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RÍGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

C- BACTIA LIVRE, ABDOMEN INDOLOR, FC: PA:110 X 80 MMHG

D- GLASGOW 15

E- DOR EM OMBRO DIREITO, SINAL DA DRAGONA POSITIVO
CONDUTA:

ANALGESIA, IMOBILIZAÇÃO

Exames Complementares/Resultados:

RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO | ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
 CRM: 22186

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Arte Leporinella da 21/06/2019
 Proposta de Remuneração
 CRM/PE 22186

05-8024394/OK101-43
THRU DO CAMP TIN-HA
OCOLOSUNG/LAHIA
2 FT MSL 77°
KODAK SAFETY FILM
KODAK SAFETY FILM
KODAK SAFETY FILM



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 P MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		38/06/2011
NR.º	5.635.938	DATA DE NASCIMENTO
<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>		
<< ARNOBIO BATTISTA DA SILVA >>		
<< VALÉRIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>		
NACIONALIDADE		
PEÇIF - PE		
DATA DE NASCIMENTO		
18/10/1979		
NASCIMENTO		
<< 074526 01 55 2003 2 000052 212		
0030290 72 OLIMPO, PE >>		
028.466.664-584		
0857058886345-9		
ALCIONE GOMES DA SILVA		
LEIA Nº 7116 DO 2008/05		
M-A 493673		
CARTEIRA DE IDENTIDADE		

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

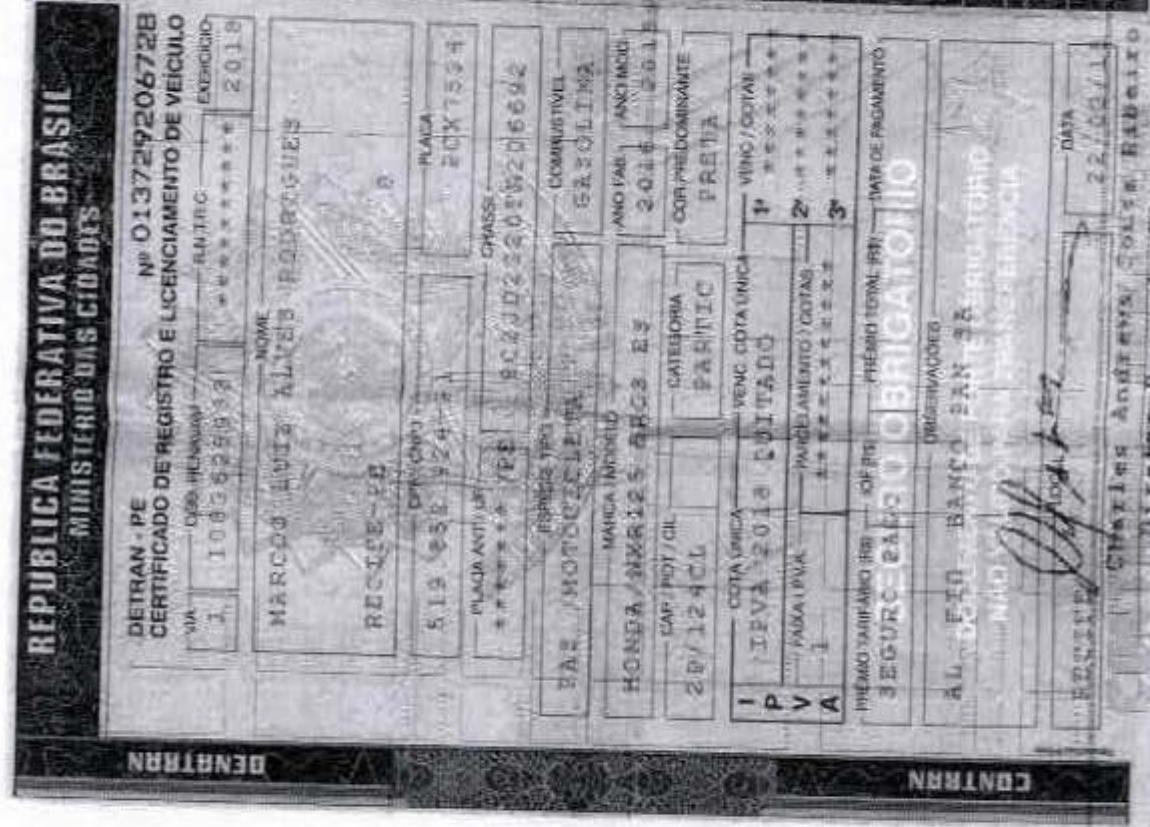
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

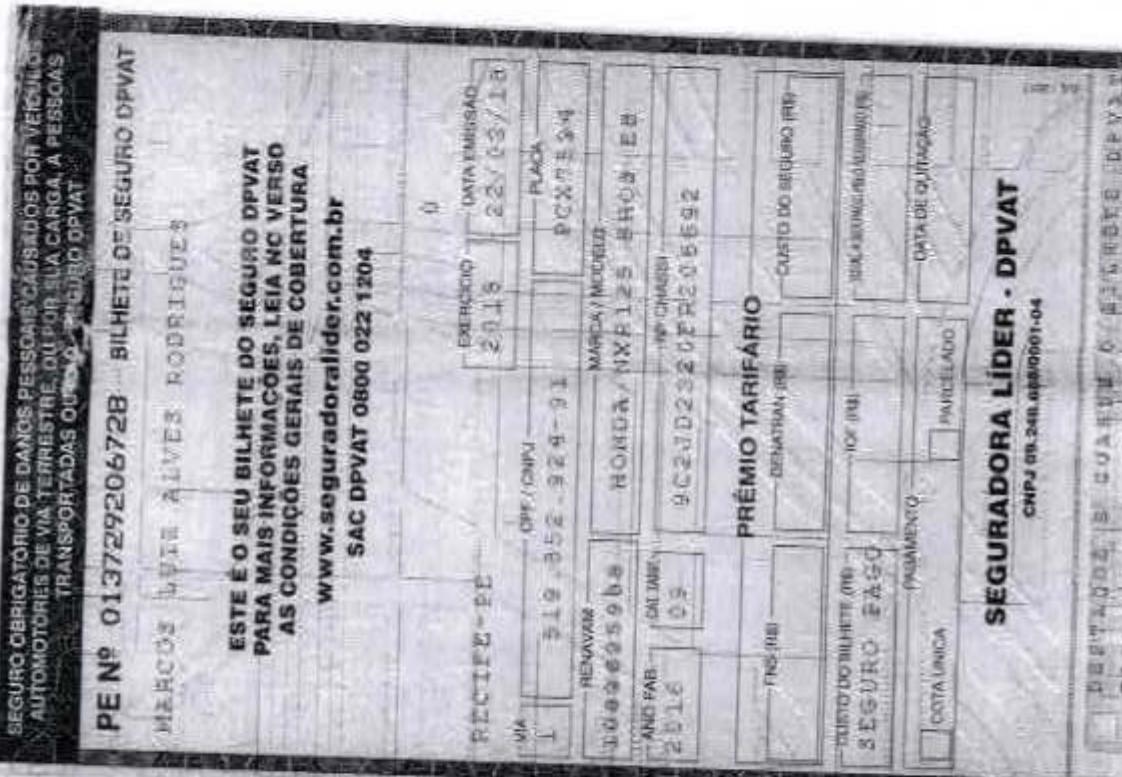
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS ITUA

28 MAY 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



DECLARAÇÃO

Número de Boletim: 73421
Local: ESTRADA DOS REMÉDIOS - Afogados
Data: 07/01/2019
Hora:
Veículo(s) de Placa(s): PCX7534 - PCR5370 - - -
Natureza do acidente: Abalroamento Longitudinal
Vítima(s): MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES - - - - -

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 16 de janeiro de 2019

Celso Rodrigues
CRÉDITO 100%
TRÂNSITO PE*Fabiano Ferraz*
Diretor de Trânsito

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife - PE - CEP: 50100-260 5.802.494/0001-41
CNPJ/MF 10.546.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81) 3232.5328
Email: cttu@recife.pe.gov.br

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190348642 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO INCRUENTA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190348642 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO INCRUENTA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PÁG. 04 09 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348642

Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348642

Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000004861

Conta: 0000012499-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

519.852.924-91

Nome completo da vítima:

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

CPF:

519.852.924-91

Profissão:

SUPERVISOR

Endereço:

RUA 90 Sítio São Brás

Número:

322

Complemento:

Bairro:

Sítio dos Rios

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP:

52.171-170

E-mail:

Tel (DDD):

(81) 9 8488-7131

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4861**

CONTA: **12499**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se matriz)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **MINHA, 04/04/2019**

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2º | Nome:

21 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLICIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2093000071

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2019** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **7/1/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DOS REMEDIOS, 01** - Bairro: **AFOGADOS** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **MERCADO PÚBLICO DE AFOGADOS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS LUIZ ALVES
RODRIGUES

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELZA ALVES RODRIGUES** Pai: **LUIZ RODRIGUES** Data de Nascimento: **6/3/1969** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3213766/SSP/PE (RG), 51985292491 (CPF), 02436322047 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SUPERVISOR** Telefones Celulares: **- 982120053**

Endereço Residencial: **RUA DO SITIO SAO BRAS, 122 - CEP: 55000-000 - Bairro: SITIO DOS PINTOS -**

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM COUTO.

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES** Objeto apreendido: **Não** Categoría/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não** Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)** Placa: **PCX-753** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **108363598** Chassi: **9C2JD2320FR206692** Ano Fabricação/Modelo: **2016/2015** Combustível: **GASOLINA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** Objeto apreendido: **Não** Categoría/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CRUZE** Objeto apreendido: **Não** Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)**

Descrição: VEICULO TAXI DE PRAÇA DE RECIFE DE COR BRANCA DE PLACA NÃO ANOTADA.

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRADA DOS REMÉDIOS NA AUTURA DO MERCADO PÚBLICO DE AFOGADOS NO SENTIDO AFOGADOS/IMBIRIBEIRA, QUANDO UM TAXI DE PRAÇA DO RECEIFE FEZ UM CONTORNA EM FRENTE AO VEÍCULO DA VÍTIMA QUE NÃO TEVE TEMPO DE FRENAÇÃO, VINDO O VEÍCULO TÁXI A COLIDIR COM A MOTOCICLETA OCASIONANDO A QUEDA DO MESMO FERINDO A VÍTIMA NO OMBRO DIREITO E ANTEBRAÇO DIREITO, DESLOCANDO E FRATURANDO O OMBRO DIREITO. SEGUNDO FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA DOS TORRÓES, OUVE UMA LUXAÇÃO DA ARTICULA DO OMBRO/ARTICULAÇÃO GLENOMERAL, FEITO PELA DRA. FABIANA EMERENCIANA. COORDENADORA MÉDICA. CASO AFETO A DELEGACIA DE AFOGADOS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: COARACY BEZERRA DA LUZ - Matrícula: 151386-9

Ewerton de O. Cunha
Agente de Polícia
Mat. 272.883-4

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

519.852.924-91

Nome completo da vítima:

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

CPF:

519.852.924-91

Profissão:

SUPERVISOR

Endereço:

RUA 90 Sítio São Bento

Número:

322

Complemento:

Bairro:

Sítio dos Rios

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP:

52.171-170

Tel (DDD):

(81) 38488-7131

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4861**

CONTA: **12499**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se matriz)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Local e Data: **MINHA, 04/04/2019**

Nome:

CPF:

Assinatura digital da vítima ou beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF: **05.802.494/0001-41**

TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2º | Nome:

21 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

FPS.001 V001/2018

(*) Assinatura de quem assina à video

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Nº registro: 653741

Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Fone: 81 98197-0120

Endereço: R. SÃO BRAZ, nº 122, SITIO DOS PINTOS, RECIFE - PE

Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- PCT TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE DOR MODERADA EM OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

- ALERGIA MEDICAMENTOSA (-) HAS (-) DM (-)

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 7

- DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRICO DE DOR EM OMBRO DIREITO APOS RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VOMITOS

EXAME FÍSICO:

Peso:	Altura:	IMC: ()	Temperatura: °
PA: x mmHg	HGT: mg/dL		

A- VIAS AÉREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RÍGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04861

CONTA: 000000012499-0

Autenticação:

D9F96399428CA3550F6A3E13FA9FAEBEAEBF22311FAB6EFDC90619D2F52E650

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvintes 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

FELIPE DOS SANTOS BATISTA
CPF: 167.541.964-85

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO SITIO SAO BRAZ 122
INTRO DOS PINTOS/RECIFE
52171-170 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

14/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

62,42

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

060240933

CONTA CONTRATO

007020183319

Nº DO CLIENTE

2014126878

Nº DA INSTALAÇÃO

0602899831

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

07CA.E10E.023F.06FE.0C8D.850F.2406.2515

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	68,00	0,77465579	51,87
ICMS Subvenção-CDE-NF 052901106-26/02/19			0,45
TOTAL DA FATURA			62,42

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
81,97	35,00	29,09	81,97	1,35	1,09	81,97	6,21	5,04

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FUSÃO	ANTERIOR	ATUAL	MP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
PT2333	CAT	28/03/2019 18.900,99	28/04/2019 10.450,42	4.000	0,38	0,00	80,86
05.860,42							
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA							
28 MAI 2019							
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/05/19							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NOTA FISCAL N.º 175.51.902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Pague no ponto mais perto de você! dentas Veraria: r/ gestao vidigal 26 Veraria / rosa bela/mais/ rua joão francisco da silva jardim primavera/ata completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. A partir de 20/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,78% para Alta Tensão-REH 2.335/13.

O cliente é cobrado quando há violação na continuidade individual ou no nível de fornecimento. Pago, em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DESTACAR AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007020183319	04/2019	62,42	14/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	232	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE ALMEIDA, 111, BOA-VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50000-902
CNPJ: 00231.833-0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 2000045-93



www.celpe.com.br

Cartão Social de Energia Elétrica - Lei 16.452 de 26/10/02
COMPRAÇÃO: R\$0,00000000 PRESTADOR: 3000 000169
Mandamento ao devedor autoriza ou deixa de 2000 202 0043
Outros: 2000 202 1029
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Desregulados
do Estado de Pernambuco - ARPE - 0000 127 0247-
Ligação Grátis da Telefônica Fixa
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - 147-
Ligação Grátis da Telefônica fixa e satélite
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: OZIEL MARIANO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO: 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL: 21/12/2018	CONTA CONTRATO: 0676751025
ENDERECO: AV PROF ALFAMENON MAGALHÃES 473 -VILA POPULAR/OLINDA -53230-010 OLINDA PE -	TOTAL A PAGAR: R\$ 106,42	DATA DA APRESENTAÇÃO: 21/12/2018	CLASSIFICAÇÃO: RESIDENCIAL Monofásico 01
PERÍODO CONSUMO: 21/11/2018 a 31/12/2018	CONSUMO: 130	ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 24,14	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

DETALHES DO PAGAMENTO	CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCTIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
	0676751025	12/2018	R\$ 106,42	03/01/2019	Evita dobrar e perfurar ou raspar. Este cartão será usado em lojinha online.

838100000019 864000110000 676751025109 137362398630



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu Alcione Gomes da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 028466.663-58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS LUIZ ALVES ROGRIMES inscrito (a) no CPF sob o N° 519.852.924-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS LUIZ ALVES ROGRIMES, inscrito (a) no CPF sob o N° 519.852.924-93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUISA - ME Renda: RECUISA - ME e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>AV. Prof. Nicanor MAGALHÃES</u>		Número	Complemento
Bairro:	<u>VILA POPULAR</u>	Cidade: <u>GRANJA</u>	<u>473</u>	<u></u>
Email			Estado: <u>RJ</u>	CEP: <u>23.230-010</u>
			Telefone comercial (DDD): <u>(21) 28488-7131</u>	Telefone celular (DDD): <u></u>

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA GRANJA 03 de MAIO de 2019
28 MAI 2019
Local e Data

Rua da Aurora, 101 175, Sl. 902 BLC
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Alcione Gomes da Silva.
Assinatura do Declarante