

# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 09/09/2017 12:50



Documento de atendimento hospitalar  
00000

Nome Paciente:	ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	18/11/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	21
Senha:	OR0029
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 09/09/2017 13:06 - 09/09/2017 13:08

KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM 5º QDE APÓS TRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

Observação: NEHGA HAS E DM

NEGA ALERGIAS

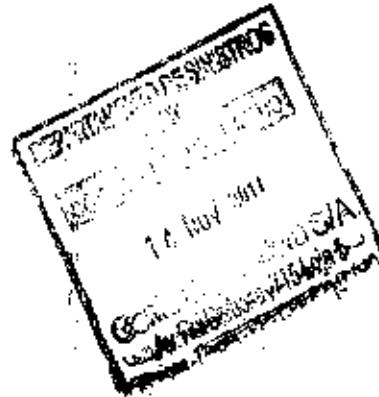
Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG

- P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG



Acolhido(a) por: KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/09/2017 13:08



PERNAMBUCO  
ESTADO DA

Alex. Silva do  
Nascimento

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

UPA CAXANGÁ 24 HS  
Caxias do Sul - RS  
Arquiteta: Mar. 1984

Hospital Inf.  
Maria Lucim  
Fundação Maternidade da Ilha A

### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

NGU

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( ) SENHA 525259

Nome do Paciente:

#### IDENTIFICAÇÃO

Idade: 21

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passo ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão) Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso do cinto: S( ) N( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Quelmaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Hipótese Diagnóstica:

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiatórios: S ( ) N ( ) BAN: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio: Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Aglitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de Face: S ( ) N ( ) Retratação Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lenificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
P脉: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filitiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50

Criança 20-30

Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140

Criança 80-110

Adulto 60-100

## SUMÁRIO DE ALTA

Nome: Alex Góes da Maranha 02 (DUAS) Vias

**CARTÃO BLUE**

CLÍNICA: DR. Ribeiro ENFERMAGA: LETO N.º DO REGISTRO: 1062110  
 DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1998 PESO: 3,5 ALTURA: 50 SÉXO: M  F  NC

**LEIA OS DIREITOS DE USO DA MUSICA DANTES NO LAUDO MEDICO:**

TIPO OFICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MEDICO): **Fratura tibiala** 5º QAD

## **COMORBIDADE**

## PROCEDIMENTO SUGITADO

Current

2020 EDITION OF THE TANDEM CYCLING REGULATIONS IN MARC NO VERSO:

DATA DA INTERNAÇÃO: 10/9/12

DATA DA ALTA: 11/09/12

### DIAS DE INTERNACIONE

CONSOBRAZIMENTO REALIZADO:

67

## **CARBURATORI A SORPRESAMENTO**

GÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESESTIA		
5	CLÍNICO		

<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARTRICIAL	<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> HEMODIALESE
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/> TENSÃO ARTERIAL

**RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)**  
**ACONTECIMENTOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS**

## Fracture Experts 5<sup>o</sup> Esp.

MÉTODOS DE TRABAJO DE ALTA

WAGNER'S PREDICTION

idea. Returnar com 4 dias

## CONDICIONES CLIMÁTICAS NA ALTAZ

MOTIVO DA ALTA:  DURADO  MELHORADO  TRANSFERÊNCIA CETO:  
 ISL  SVO  ZO:

Transformações na função da função descriptiva presentes nos gráficos matemáticos de 48 horas após a alta do paciente

Dr. Carlos R. P. Rihani  
Ortopedia- Traumatologia  
CRM 15.483

America Standard San Martin - Cordoba  
Telf: 03545 - 422760/61/62/63/64  
Fax: 03545 21.5918/80/81

WEDNESDAY, NOVEMBER 18, 1987  
THE MARYLAND JOURNAL

ESTADO FEDERATIVO DO RIO GRANDE DO SUL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

ALICE SILVA DO BRASIL MACHADO  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
926.774-10-000-781  
SEXO: F  
NASCIMENTO: 26/06/1981  
JOSE BEZERRA DO BRASIL MACHADO  
CALLE 1000  
CEP 96300-000  
FONE: 55-51-3222-1000  
PROVA: 061541100001  
DATA: 26/06/2011

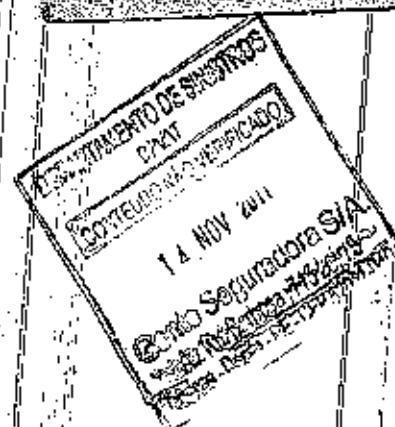
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

ALICE SILVA DO BRASIL MACHADO  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
926.774-10-000-781  
SEXO: F  
NASCIMENTO: 26/06/1981  
JOSE BEZERRA DO BRASIL MACHADO  
CALLE 1000  
CEP 96300-000  
FONE: 55-51-3222-1000  
PROVA: 061541100001  
DATA: 26/06/2011

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO  
DPT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO

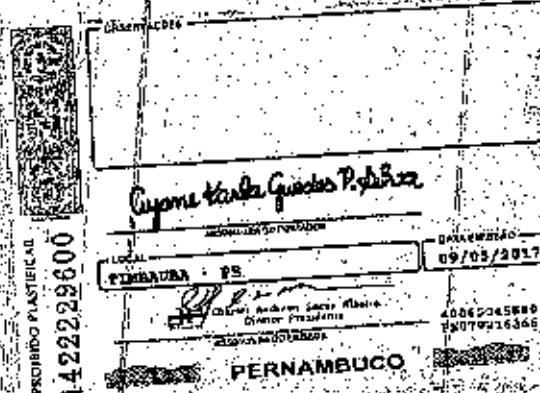
14 NOV 2011

Centro Seguradora SIA  
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 7000  
Cidade: Rio Branco - RO  
CEP: 69010-000



1155280X

b7212-810



REPÚBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES



DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 1116735331 | DATA: 12/10/17 | EXERCÍCIO:

NOME: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

RE. PIRE: PE

PLACA: 9C2JC6900HR006875 | DATA: 04/25/2017 | PLACA:

PLACA ANTERIOR: 9C2JC6900HR006875 | DATA: 04/25/2017 | PLACA:

MARCA/Modelo: HONDA/CG 125 I FAN | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

PLAÇA: 9C2JC6900HR006875 | DATA: 04/25/2017 | MARCA/Modelo: HONDA/CG 125 I FAN

CAP. POT. (CV): 124 CV | CATEGORIA: PARTIC. | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2017 QUITADO | VENC. COTA ÚNICA: 12/10/17 | VENC. COTAS:

IPVA 2017 PAGO | PAGAMENTO: PARCELADO | DATA: 12/10/17 | COTA ÚNICA: 39

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100,00 | PREMIO TOTAL (R\$): 100,00 | DATA DE PAGAMENTO: 12/10/17 | SEGUR. PAGO

DESENVOLVEDOR: AL FID ACXI AYMORE CREDIT FIN INVEST | DATA: 12/10/17 | RECETE: 100,00

DESENVOLVEDOR: Charles Andrews Souza Ribeiro | DATA: 12/10/17 | RECETE: 100,00

DESENVOLVEDOR: DIRETORIA EXECUTIVA DETAN/PE | DATA: 12/10/17 | RECETE: 100,00

COBERTURA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, POR SUA CARGA, A PESSOAS E TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE N° 013726067263 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALEX SILVA DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 | DATA EMISSÃO: 12/10/17

VIA: 1116735331 | CPF/CNPJ: 04.252.774-70 | PLACA: 9C2JC6900HR006875

MARCA/Modelo: HONDA/CG 125 I FAN | NRE CHASSIS: 9C2JC6900HR006875

ANUFAB: 2017 | ANUFAPP: 09 | DATA: 12/10/17 | CUSTO DO PRÉMIO: 100,00

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100,00 | CUSTO DO PRÉMIO (R\$): 100,00 | CUSTO DO SEGURO (R\$): 100,00

SEGUR. PAGO | PAGAMENTO: PARCELADO | DATA DE PAGAMENTO: 12/10/17 | COTA ÚNICA: 39

SEGURADORA LIDER - DPVAT | CNPJ: 09.240.010/0001-04

DESENVOLVEDOR: GUARDE O BILHETE DPVAT  
NÃO PODE PEGAR CARRO



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170616208      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

**Observações:**

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170616208      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



PROCURAÇÃO



Outorgante: Alex Silva do Nascimento, Brasileiro(a), estado Civil SOLTEIRO, profissão M.M. P/DESL, residente e domiciliado à Rua BATÁ DO ODESSA, nº 45, bairro Dois Irmãos, Municipio de PE, Estado PE, Cep. 52171160, Rg nº 9299790, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 30435277970

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigario Henrique, 222, Centro, Timbaúba -PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto a qualquer

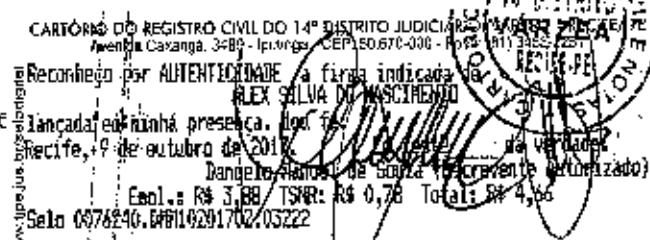
Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou Alex Silva do Nascimento, em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Ayane Karla Guedes Pereira Silva, ocorrido em 09/09/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para opagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Alex Silva do Nascimento, de 10 de 2016.

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade



---

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

**Aos Cuidados de:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO  
**Nº Sinistro:** 3170616208  
**Vitima:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 09/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170616208**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

**Aos Cuidados de:** **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

**Nº Sinistro:** **3170616208**

**Vitima:** **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente:** **09/09/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170616208**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3170616208

**Vítima:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 09/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170616208** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12370811

A/C: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3170616208  
**Vitima:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 09/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 675,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001030**

**Conta: 000000064659-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>675,00</b>

**Dano Pessoal:** Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

**Graduação:** Em grau médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 10%) 5,00%

**Valor a indenizar:** 5,00% x 13.500,00 = R\$ **675,00**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170616208      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do 5º quirodáctilo direito.

**Descrição do exame** Vítima refere perda da força do 5º quirodáctilo direito. Ao exame, apresenta limitação da flexo extensão do 5º  
**médico pericial:** quirodáctilo direito.

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, limpeza, redução e fixação por 2 fios de kirschner. Realizou fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ana Maria Barros Falcao

**CRM do médico:** 8978

**UF do CRM do médico:** PE

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## PRESTADOR

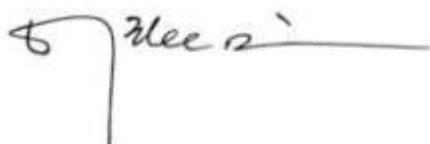
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

304253274190

Alex Silva do Nascimento

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Alex Silva do Nascimento	CPF titular da conta	404253274190	Profissão	Estudante
Endereço	Rua Nobre Repórter	Número	210	Complemento	-
Bairro	Sítio dos Pinheiros	Cidade	Pará	Estado	62141160
Email	mejoresvovia@gmail.com	CEP		Telefone (DDD)	(81) 984637836

Declaro sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER/DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
1030	00064689
(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
_____	_____
(Informar dígito se existir)	

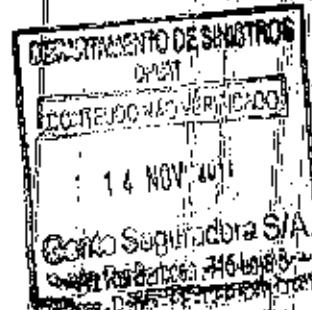
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Reife, 18 de Outubro de 2017  
 Local e Data

Alex Silva do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alex Silva do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 92.919.790 e inscrito no CPF/MF sob o nº 404.252.444-70, residente e domiciliado na Rua Negr. Capibaribe nº 415, bairro das Flores, Cidade Penha, Estado Alagoas, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

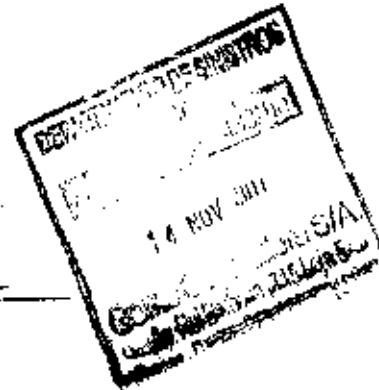
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alex Silva do Nascimento

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Penha, 18 de Outubro de 2011

Local e data

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 00000064659-6

---

Nr. da Autenticação F64423E2960C3E37

(81) 3446.7458  
(81) 99866.8833  
(81) 98463 7836



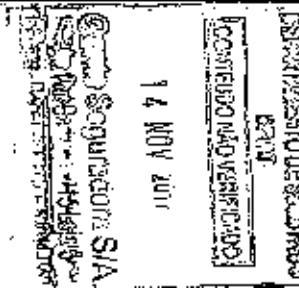
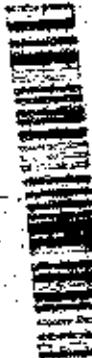
CTC RECIFE PE CIDB / COD CASA AMARELA PE

1.117/01

20026276640  
ALEX S NASCIMENTO  
R DOBR CAPIBARIBE 45  
SITIO DOS PINTO  
52171-160 RECIFE - PE



740028852639090000000111730180417







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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, meios de além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Supervintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alayne Karla Guedes P. Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.847-614-97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex. Silva de Monteiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.252-314-90 do sinistro de DPVAT cobertura Trabalhador da Vítima Alex. Silva de Monteiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.847-614-97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ 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, que presidir 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>Rua Virgílio Henrique,</u>	Número	<u>202</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Almasábia</u>
Email		Estado	<u>CEP</u>
			<u>55870000</u>
		Telefone comercial (DDD)	<u>—</u>
		Telefone celular (DDD)	<u>—</u>

Reife, 18 de outubro de 2014  
Local e Data

Alayne Karla Guedes Pereira Silva  
Assinatura do Declarante