

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: 024.301.394-18 Nome completo da vítima: Valdir Soares da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Valdir Soares da Silva</u>		CPF titular da conta: <u>024.301.394-18</u>	Profissão: _____
Endereço: <u>sítio Paraná</u>		Número: <u>71</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Traucunã</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55805-000</u>
E-mail: _____		Telefone (DDD): _____	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, a veracidade do endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (247) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0054 CONTA: 8004 BIV: 3
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ BIV: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Carpe, 24 de 09 de 2018
Local e Data

CONFERE COM O ORIGINAL

Valdir Soares da Silva
Campo 2 - Assinatura do Beneficiário

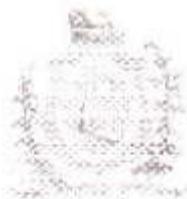
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



6277 8017 2356 3861

VALDIR SOARES DA SILVA
10/24
0054 013 00008004-3

elo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135002385

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/07/2018 às 14:05

ACIDENTE DE TRÁNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 27/06/2018 às 16:00

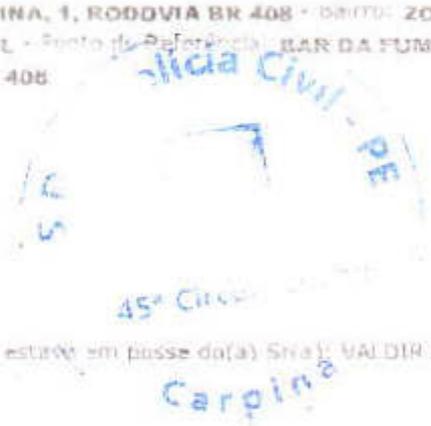
Local onde ocorreu a ocorrência: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA BR 408 - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BAR DA FUMAÇA - Rodovia FEDERAL / RODOVIA BR 408**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

Qualificação (nome completo e sobrenome) e número de identificação (CPF ou CNH) de cada vítima:

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (modelo na placa) da ocorrência, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**



Qualificação de (s) pessoas envolvidas:

VALDIR SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA - AUGUSTO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 19/9/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE TRACUNHAEM, 71, SÍTIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

Ocupação Profissional - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa do Contato no estabelecimento comercial - Telefone de contato:

Qualificação de (s) objeto(s) envolvido(s):

VEICULO CROSSFOX (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA

Características do veículo: **AUTOMÓVEL/VW-FOX Objeto apreendido: Não - Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Marca: **KHET300/PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO/Renavam: 217514804**

CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura digital: 2010/2011

Complemento / Observação

A VITIMA VALDIR SOARES DA SILVA, INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÁNSITO (CAIOTOU O CARRO) NA RODOVIA BR 408 PRÓXIMO AO BAR DA FUMAÇA, FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

Assinatura digital (assinatura presente nesta unidade oficial)

Valdir Soares da Silva
VALDIR SOARES DA SILVA
(VITIMA)

João Lima

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DE POLÍCIA 221764-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135002385**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/07/2018** às **14:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/6/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA BR 408** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DA FUMAÇA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / RODOVIA BR 408**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALDIR SOARES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(s): **VALDIR SOARES DA SILVA**

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

VALDIR SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BERNADETE TRAJANO DA SILVA** Pai: **AUGUSTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 71, BITIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO CROSSFOX (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW-FOX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHE1388 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **217514804**

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011

Complemento / Observação

A VITIMA VALDIR SOARES DA SILVA, INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPOTOU O CARRO) NA RODOVIA BR 408 PROXIMO AO BAR DA FUMAÇA, FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

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

Valdir Soares da Silva
VALDIR SOARES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: IVO JOSÉ DE LIMA Matrícula: 2217642



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Valdeir Soares da Silva CPF da vítima: 024.501.394-18 Data do Acidente: 27/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
 E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

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 5.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a 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 91º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFERE COM O ORIGINAL

Caruaru 24 de 07 de 2018
 Local e Data

Valdeir Soares da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Prefeitura Municipal de Nazaré de Matá

HOSPITAL CHAMADO: 15:34
CHEGADA AO LOCAL: 15:42

Saída do hospital: 21:33
Hora da conclusão: 23:30

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 27/06/2018 Distrito: _____ Número da Ocorrência: 495087
Motivo da Solicitação: UTI Básica Helicóptero

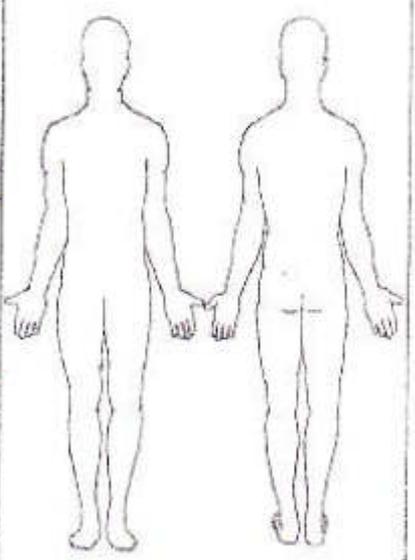
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICOS
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTES/CANCELADAS
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	+ <input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO - Senha 5457138

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Valdir Soares da Sobrosa 16/08/77 Idade: _____ anos
Sexo: Masc. Fem. Profissão: _____ Fone: _____
End: Staquetanga Bairro: _____
Cidade: Vanessa Fone: _____
End. Obr: _____ Bairro: _____
Referência: _____

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma
<input checked="" type="checkbox"/> Motorista <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás Lado do Chito <input type="checkbox"/> Direita <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Motorciclista <input type="checkbox"/> Passageiro Uso do Capacete <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Ejeção <input type="checkbox"/> Impacto frontal <input type="checkbox"/> Impacto lateral <input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições
<input checked="" type="checkbox"/> Colisão de Moto <input type="checkbox"/> Outros Lado do Chito Frente	<input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógeno <input type="checkbox"/> Outros resposta causal	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo () 1ª () 2ª () 3ª <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química
Atropel.	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Deslocamento <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Própria altura <input type="checkbox"/> Outra altura Aproximadamente _____ metros	<input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Arma branca Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Maus tratos <input type="checkbox"/> Abuso sexual



CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: vítima de capotamento de carro, foi arremessada, com possível fratura de clavícula (E1) laceração orelha (A2) escoriações braços (E)

AValiação CLÍNICA:

Temperatura	Glicemia(HGT) 162	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
Pressões arteriais	Pulso 74	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
RR: 94	PA 160x120	<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retratação Xifóide
RR: 35-50	RN: 120-160	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
A2: 16-20	Ad: 60-110	<input type="checkbox"/> Falidez	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tiragem Inter
		<input type="checkbox"/> Cor da pele Normal	<input type="checkbox"/> Distócia fala/choro	<input type="checkbox"/> Circulação PA



SAMU
192

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária

- Alérgia
- Resposta Verbal
- Resp. a estímulos Dolor
- Irresponsivo

Sinais de Disf. Cerebral

- Déficit Motor
- Desvio de Comissura Labial
- Dificuldade de Fala

Avaliação das Pupilas

- Isocóricas
- Anisocóricas
- Midriase
- Miose

NATUREZA DA LESÃO

- Lesões Intra-abdominais
- Lesões Intra-torácicas
- Presença/Sangue

Fratura - Ossos Longos

- Aberta
- Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular

- Abertura Ocular Espontânea
- Abertura Ocular à Vez
- Abertura Ocular à Dor
- Sem Abertura Ocular

- 4
- 3
- 2
- 1

Resposta Verbal

- Orientado
- Confuso
- Resposta Inapropriada
- Sons Ininteligíveis
- Sem resposta Verbal

- 5
- 4
- 3
- 2
- 1

Resposta Motora

- Obedece Comando
- Localiza Estímulos Dolorosos
- Retirada ao Estímulo Doloroso
- Flexão Anormal (Decorticação)
- Extensão Anormal (Descerebração)
- Sem Resposta Motora

- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1

Total de Pontos

11

CONDIÇÃO CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- Aspiração de Sangue e Secreção
- Eructação Orotraqueal
- Imobilização da Coluna Cervical
- Infusão de Fluidos
- Regeneração Cardiorrespiratória
- Imobilização de Membros

Ventilação mecânica

Modalidade: _____
FIO2: _____

Adaptação Ventilação

- Bom
- Mal
- Máscara Reservatório

Outras Condições

Intercorrências: _____

- Oxigênio
- CPAP
- Venturi _____ %

USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- Álcool
- Anfetamina
- Cocaína
- Cola
- Crack
- Maconha

- Alcoolismo
- A própria Vítima
- Familiares
- Outros - Especificar _____

Condição de Início

- Desorientado
- Agitado/Inquieto
- Agressivo

- Desorientado
- Hálito Alcolólico

- Inconsciente
- Sonolento

Referente a ingestão de bebida alcoólica há: _____

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Resposta do paciente após o atendimento: _____

Registro do hospital: _____

Nome dos Responsáveis: _____

- Maca Retida na Unidade Hospitalar
- Orientação para o Ambulatório
- Óbito Antes do Atendimento
- Óbito durante o Atendimento
- Prancha Retida
- Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável: _____

EQUIPE

Médico Reguador: _____

Enfermeira: _____

Condutor/Piloto: Wallington

Médico Assistente: _____

Societário: Jana

Dr. de Fren. / O.E.: Albino Jr

Função do responsável pelo preenchimento: _____

Ass.: _____

SOLICITOU APOIO DA UTI

SIM

NÃO

Observação: _____

Dr. Luiz Roberto
Neurocirurgia
CRM nº 24.270

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

10550

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Waldin Soares da Silva

RG nº 5 544.984 data de expedição 23/08/13, Órgão SSP/PE,

CPF nº 024.303.394-18, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R. Sítio Louren
Número	71
Apto / Complemento	
Bairro	Zona Rural
Cidade	Tracunhaém
Estado	PE
CEP	55805.000
Telefone de Contato	(31) 97915.3756 / 99158.2325
E-mail	Waldinsoares@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quilom, 24/09/2018

Assinatura do Declarante: Waldin Soares da Silva

CONFERE COM
O ORIGINAL





Companhia Energética de Pernambuco
 Av. André Bello, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50011-000
 CNPJ 13.548.432/0001-00 | Fone: 51 3605.4453 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Copresença em 10/10 de 10/10/2012

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Nº DA CONTA: 4012437370
 Nº DE SEQUÊNCIA: 09/2018
 DATA DE VENCIMENTO: 19/09/2018
 TOTAL A PAGAR: 6,75

QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
25,00 kWh	0,2700	6,75

Nº DO MÊS	DATA INÍCIO	DATA FIM	ANTERIOR	ATUAL	MPM	CONSTANTE	AJUSTE	CÓMODO (VARI)
09/2018	01/09/2018	30/09/2018	0,00	25,00	0,2700	0,00	0,00	0,00



Agência de Regulação de Energia Elétrica de Pernambuco - AREGEL
 Rua da Constituição, 100 - Recife - PE - CEP 50000-000
 Fone: 51 3605.4453 | www.arem.gov.br

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAS EM ATRASO

Atenção! Celpe informa que você possui contas em atraso. Para regularizar sua situação, favor entrar em contato com o Serviço ao Cliente Celpe pelo telefone 51 3605.4453 ou acessar o site www.celpe.com.br.

CONSUMO	VALOR	IMPORTE	VALOR	VALOR	TAXAS	VALOR
25,00 kWh	0,2700	6,75	0,00	0,00	0,00	6,75

NÚMERO DA CONTA: 4012437370
 MÊS: 09/2018
 DATA DE VENCIMENTO: 19/09/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$): 6,75

85880000003-3 06750011004-3 01243737010-4 12790690993-8

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MEC - HOSPITAL ERMIRIO DC COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 27/06/2018 16:20

Nome Paciente:	VALDIR SOARES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	19/08/1977
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	0071
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 27/06/2018 16:22 - 27/06/2018 16:24

JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 41172 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade	EMERGENCIA
Cor	VERMELHO
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA GRAVE
Discriminador(es):	- ESTADO DE CONCIENCIA NORMAL (SUSCITAÇÃO)
Especialidade:	CLINICA GERAL

18h Paciente el levantamento de feridas com
direito fealho unhas 2; no lado direito
Paciente permite el levantamento do membro
= 1) 1) Solicitacao de exames HR, SG

PA = 130 X 90 mmHg
93 mg/dl
SAT = 96%
Bat: 88 bpm
18:35 H

Acolhido(a) por: JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 41172 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO

Data Impressão: 27/06/2018 16:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página

LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Endereço de Saúde	Município	Região de Saúde
Nome do Paciente		
Número Clínico		
Histórico		

Destino	Município	H de Saída	H de Chegada
Motivo (Registro Detalhado)			
Assinatura do Médico Assistente		Data	

DYEGO Luiz P. L. de Melo *et al.*
2º Ten. Médico
CRM-PE 24915 - RCD 0756271

Destino	Município	H de Saída	H de Chegada
Motivo (Registro Detalhado)			
Assinatura do Responsável		Data	

autoriza a Transferência

Médico Chefe do Plantão

Carimbo / Assinatura

Confirma o Motivo Administrativo

Assinatura do Chefe do Plantão

Carimbo / Assinatura

Identidade Prestadora do Atendimento

Especificação do Atendimento Prestado

Assinatura do Responsável	Nº do C.F.M.	Data
---------------------------	--------------	------

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Ficha: 125606

Nome: Valdir Soares da Silva

Idade: 14.54 anos no dia 27.06.2018

Diagnóstico Provável: Fratura de Músculo esquerda
sem enchimento, sem dor

Atendimento Realizado: Radiografia + Análise +
Tipagem + Orientações + Acompanhamento
Ambulatorial + Reparo por 11

Cópia de: Dr. Radner Maurício
MÉDICO
CRM-PE/20544
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO - Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 64/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1680040946

NOME
VALDIR SOARES DA SILVA



DOC. IDENTIFICAÇÃO - DNO. EMISSOR/UF
5544984 SSP PE

CPF
034.101.394-18 DATA NASCIMENTO
15/08/1977

FILIAÇÃO
**AUGUSTO SOARES DA SILVA
A
BERNARDETE TRAJANO DA S
ILVA**

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

VALIDADE
22/08/2022

ACC
00000000000000000000000000000000

1ª HABILITAÇÃO
11/02/2004

OBSERVAÇÕES
RAR

Valdir Soares da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPIA, PE DATA EMISSÃO
23/08/2018

Charles Adriano Sousa Soares
Diretor Presidente
SIGNATURA DO EMISSOR

14691562615
PRO07474920

PERNAMBUCO

PROBIBIDO PLASTIFICAR
1680040946

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014203295056
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DOU RENOVAM FISCAL COLEÇÃO
1 217514E01 ***** 2018

VALIDIR SOARES DA SILVA

PRACURHAM-PE

024.101.394-18 RRE 109

95988056361020134

PAS /H09080902L ANO PAD. 2010 ANO REG. 2011

VE/CROSSBOW CIL CATEGORIA PARTIO OPERACIONAL/VEICULO VEHICULO

5P/109CV/1.588CL

I	IPVA 2018 QUITADO	1	904640035
P		2	*****
V		3	*****
A			

SEGURO FACO

SISA RESERVA

TRACONILDA
24/02/18

Andressa Soares Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU ANO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014203295056 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALIDIR SOARES DA SILVA 55605-000

PRACURHAM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

024.101.394-18

2018 24/02/18

217514E01

VE/CROSSBOW CIL

95988056361020134

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE DE SEGURO FACO

COTA UNICA

SEURADORA LIDER - DPVAT

0800 022 1204

DISTRIBUÍDO E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO REDE E DE PORTA GARANTIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508591

Cidade: Carpina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do acidente: 27/06/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394795/18

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

CPF: 024.101.394-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VALDIR SOARES DA SILVA : 024.101.394-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018
Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
CPF: 024.101.394-18

VALDIR SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394795/18

Número do Sinistro: 3180508591

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

CPF: 024.101.394-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
CPF: 024.101.394-18

VALDIR SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508591

Cidade: Carpina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do acidente: 27/06/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VALDIR SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180508591

Vitima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508591**.

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

Carta nº 13535635



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VALDIR SOARES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180508591
Vitima: VALDIR SOARES DA SILVA
Data do Acidente: 27/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180508591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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** 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, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180508591

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDIR SOARES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você