



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta nº: 7735487

A/C: VALDIR SOARES DA SILVA

Sinistro: 3150726292
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA
Data Acidente: 17/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2015

Carta nº: 7881022

A/C: VALDIR SOARES DA SILVA

Sinistro: 3150726292
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA
Data Acidente: 17/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: VALDIR SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 000000008004-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 21/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIR SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000008004-3

Nr. da Autenticação EB55B6D32D717D08



HR: Senha: 4650069
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Data: 17.03.15
Hora: 19:00

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACIENTE: Valdir Soares da Silva REGISTRO: 608015
PAI: Augusto Soares da Silva
MÃE: Emmanuel Trajano da Silva
ENDEREÇO: Rua Amaro Nº 100 COMPLEMENTO: 100
BAIRRO: São Paulo CIDADE: Itaquitinga UF: PE CEP: 55.950.000
NASCIMENTO: 19/08/77 SEXO: M FONE: _____ CELULAR: _____
RG: _____ CPF: _____ PROFISSÃO: _____
MAT: _____ VALIDADE: _____ GUIA: _____
CONVÊNIO: _____ TIPO: _____ MÉDICO: _____
SEGURO: _____ RESPONSÁVEL: _____
RG RESPONSÁVEL: _____ C. RESPONSÁVEL: _____
OBSERVAÇÃO: _____



DATA DE SAÍDA: 1/1 HORA DE SAÍDA: _____ CID: _____
QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO: Acidente, vítima de acidente
automobilístico apresentando edema em região
inferior esquerda, vários escorções múltiplas
feridas em todo o corpo e hematuria T.E
apresentando tom em corpo incompleto
DIAGNÓSTICO: trauma T6 + hematuria

EXAMES SOLICITADOS: _____
DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: 1) Soro Fisiológico 500ml, CV
2) Promed + SFO, 3i, CV
3) Dipropon 10mg, CV
4) Transferência p/ Hospital Fortwix

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA _____
ASSINATURA DO MÉDICO _____
ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL _____
ASSINATURA DA ENFERMAGEM _____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
PA X TEMP °C PULSO BPM PESO

EXCELSIOR SEGUROS
17 AGO, 2015
SEGURO DPVAT.

PACIENTE NO REPOUSO _____ HORA: _____ RECEBEU ALTA _____ HORA: _____
PACIENTE TRANSFERIDO () Sim () Não Nº Senha _____ HOSPITAL DESTINO 0301060061
_____ HORA: _____ 0304100032
0304100063

SAFE SEG SERVIÇOS
17 AGO, 2015
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 462.020-2



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 448897/2015

NOME: VALDIR SOARES DA SILVA

Foi atendido às 20h19 do dia 17.03.2015

Diagnóstico provável: Politrauma
TCE moderado - H.SAT. + contusão cortical frontal, t.
fratura de MSE (Articulação E) - fechada
terceto costal-contusa em região autonômica
Lombalgia - fratura em posição superior do
Sacro - p. estabilidade de

Tratamento realizado: (Vítima de contusão automobilística)
Imobilização com tala axilo palmar
Sutura do ferimento
Exames complementares
Traf. de suporte clínico

Obs. Transferido p/ Hosp. M. de Jaboatão em 25.03.15

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.06.15

MÉDICO - CRM No.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.404.858/0001-58
Inscrição Municipal: 402.692-0

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Voldin Soares da SilvaREGISTRO: 413748 DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1977RG: 5544984 ÓRGÃO EMISSOR: SSP PEENDEREÇO: Engenho Porcu N°71 TracumbáemNOME DA MÃE: Bernadete Tracumbo da SilvaDATA ADMISSÃO: 25/03/2015 DATA ALTA: 31/03/2015DATA DO PROCEDIMENTO: 30/03/2015 CID: S52.8DIAGNÓSTICO: Fratura dos ossos do antebraço
EsquerdoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de
Fratura dos ossos do antebraço EsquerdoMÉDICO: Giselly Veríssimo de MirandaCREMEPE: 17424JABOATÃO DOS GUARAPES, 11 DE Maio DE 2015

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

Giselly Veríssimo de Miranda

MÉDICO

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3Drª Giselly Veríssimo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 17.424 - TEOT 12793



Instituto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: ANALRL

Data: 30/03/15

Hora: 15:35

Sumário de Admissão e Alta

Nome do Paciente: VALDIR SOARES DA SILVA

Atendimento: 59392

Sexo: Masculino

Prontuário: 713748

Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Nº AIH: 5528
CID: 5528

Procedimento Solicitado:

Tempo de Permanência Previsto:

0408020423

Procedimento AMB Realizado:

Procedimento SUS Realizado:

0408020423

01 Cirurgião: COD: 17424 DESC: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiata:

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais

☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de Uti
☐ Diária de Acompanhante
☒ Dieta Anti - Rh

☒ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

SECRETARIA DE SAÚDE - PFCPE
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora - CRM: 8522
CPF: 288.728.884-49

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
ESQUERDO

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 25/03/2015

Data da Alta:

CID: 5528

CID:

31/05/15

Dias de Hospitalização: 5 dias (s).

Hospital Memorial Jequitia
Dra. Giselly Verissimo
CRM 17424 Ortopedista

ANA LAURA RODRIGUES LAFAYETTE-CRM - 21758

EXCELSIOR SEGUROS
17 AGO. 2015
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVICOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.050-3



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

17h

2 - CHES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Valdir Gomes da Silva

9 - Nº DO HISTÓRICO

7486906

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/03/1972

9 - SEXO

Masculino 1 Feminino 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Bernadete Tereza da Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Idaquitinga

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Idaquitinga

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Miúdo no braço esquerdo
na + no tornozelo esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX + ELM de um osso - 12/03/15

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura dos ossos de antebraço

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. [Assinatura]

19/07/15

Ortopedia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO SEGURO

36 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAS DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.484.659/0001-58
Inscrição Municipal: 402.050-3

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SECRETARIA DE SAÚDE - R. CPF
0005 - Gestão de Controle e Avaliação
Márcia Cecília Macêdo
Médica Autônoma - CRM: 8822
CPF: 288.725.894-49

SECRETARIA DE SAÚDE
GRUPO - Setor 301
14002150 - MAT. 329

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

SES-ORTOPEDIA

Atendimento: 59392

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SES - ORTOPEDIA

Cartão SUS :

Responsável:

Observação:

123714.

Prontuário: 713748

Hora: 25/03/2015 11:02:36

Naturalidade

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA

Data de Nascimento: 19/08/1977

Sexo: MASCULINO

Idade: 37 Anos 7 Meses 6 Dias

Profissão:

CPF:

Identidade: 5544984 - SSP/PE

Fone: 91074430

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai:

Nome do Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA

Endereço: RUA SÃO JORGE

Bairro: POVOADO DE CARNE DE VACA

CEP: 55900975

Cidade: GOIANA

UF:

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO

CRM: 17259

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

0108020123
3528

12-6.

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente com história de queda

de um metro e com fraturas de antebraço e punho

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

ECG, ECG, ATENÇÃO, CORAÇÃO, SHIMORAS,

CONDIÇÃO E OVARIA

AP - CARDIO - VASCULAR:

NO

AP - RESPIRATORIO:

NO

ABDOMEN:

NO

AP - GENITO - URINARIO:

NO

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

1) FRACTURA dos ossos do antebraço

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

1)

CONDIÇÕES DE ALTA:

melhorado

Data:

31.03.15

- Hora de Saída:

:

h - Médico:

Dr. José A. Araújo
Médico
CRM 17259

Rua Doutor Luis Regueira, 774 - Prazeres - CEP: 54160-594 - Jabotão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3461.5300 - www.bmgne.org

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVICOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.850/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3



Instituto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: ANALRL

Data: 30/03/15

Hora: 15:36

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA

Atendimento: 59392

Sexo: Masculino

Prontuário: 713748

Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 08

Diagnóstico Pré Operatório: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Risco Operatório:

Cirurgia Realizada: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Data: 30/03/15

01. Cirurgião: COD: 17424 DESC: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Instrumentador:

05. Anestesia: Plexo Braquial

06. Anestesia:

07. Anestesista:

Descrição da Cirurgia:

ENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA DO PLEXOBRAQUIAL
ROTEAMENTO E ISQUEMIA DO MSE COM FAIXA DE ESMARCH
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
INCISAO DE THOMPSON
ABERTURA POR PLANOS
VISUALIZADA FRATURA E FIXADA COM PLACA DCP COM 7 FUROS + 06 PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
INCISAO EM TOPOGRAFIA DA ULNA
ABERTURA POR PLANOS
VSUALIZADA FRATURA DISTAL DA ULNA E FIXADA COM PLACA DCP 06 FUROS + 05 PARAFUSOS CORTICAIS
VISUALIZADA FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DA ULNA E FIXADA COM PLACA DCP 10 FUROS + 01 PARAFUSO CORTICAL
INTERFRAGMENTARIO + 07 PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
SUTURA
CURATIVO JONES
RETIRADO GARROTE E VERIFICADA BOA PERFUSAO PERIFERICA

ANA LAURA RODRIGUES LAFAYETTE-CRM - 21758

SAFE SEG SERVIÇOS

1 g AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.059-3

Hospital Memorial Jaboatão
Dra. Giselly Verissimo
CRM 17424 Ortopedista

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

123714

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 448897

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA

Foi atendido às 20 h do dia 17 03/15

Diagnóstico provável TCE + TRAUM. SACRA

CID: S06 + S32 data da alta 24/03/15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

ANISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Relevo em 30 (trinta)

DIA

Dr. Divaldo Carlos Junior
Neurocirurgia
CRM 10217

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento em hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação. Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.484.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.090-3

123714

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 448897
 Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
 Foi atendido às 20 h do dia 17/03/15
 Diagnóstico provável TCE + TUM SACRA
CD: SOB + S32 data da alta 24/03/15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:
 CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
 VÔMITOS

ARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
 Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Recluso em 30 (trinta)
DIA

Dr. Divaldo Câmara Júnior
 Neurocirurgia
 10217

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 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

SAFE SEG SERVIÇOS
 19 AGO. 2015
 CNPJ: 10.494.859/0001-58
 Inscrição Municipal: 402.060-5

EXCELSIOR SEGUROS
 17 AGO. 2015
 SEGURO DPVAT.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012036294202
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 120271469 RN.TRG. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME
VALDIR SOARES DA SILVA

IGARASSU-PE 0

CPF / CNPJ
024.101.394-18

PLACA
KJN6013

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI
9C2KD03308R080341

ESPÉCIE TIPO
FA3 / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BRO3 E3

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CL
25 / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
AMARELA

COTA ÚNICA
IPVA 2015 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1ª *****

FADA L.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCEIRE

IGARASSU-PE DATA
29/07/15
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012036294202 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALDIR SOARES DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

IGARASSU-PE EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 28/07/15

VIA 1 CPF / CNPJ 024.101.394-18 PLACA KJN6013

RENAVAM 120271469 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BRO3 E3

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 09 Nº CHASSI 9C2KD03308R080341

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.898/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATÓRIA



SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.059-3

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada

Natureza do Evento

Data do Acidente

() Morte

() Atropelamento da vítima

(X) Invalidez Permanente

() Vítima passageiro do veículo

() DAWIS - Desp. Assist. Médica e Suplementares

(X) Vítima motorista do veículo

17.03.15

Nome da vítima	Data do nascimento	CPF
Valdir Soares da Silva	19/08/77	02410139418

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
Si Caran	71	08994707894 991074430

CEP	Cidade	Estado
55805000	TRACUNHAEM	PE

Nome do Corretor	Endereço completo e telefone para contato
	Rua Nº Fone ()
E-mail	CEP Cidade Estado

Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTES AVISOS. • Boletim da Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº do placa ou do chassis), que transportava ou atropelou a vítima. • Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (não obrigatório). • Procuração autenticada em Cartório, especificando o nome e o endereço do beneficiário, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira. • Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador. • Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. da vítima. • Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário. • Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade. • Cópia do comprovante de residência do reclamante.	• Certidão de óbito (original ou cópia autenticada). • Laudo de Necropsia (somente quando necessário, com critério da Seguradora).	• Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente relacionadas ao evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. • Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais). • Termo de cessação de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso. • Declaração do Hospital e/ou clínica, que atendeu a vítima, informando se mantém ou não convênio com o S.U.S., e se o atendimento à vítima foi em caráter particular.	• Relatório do médico assistente consignando grau de redução permanente do órgão ou membro lesado. • Laudo do Instituto Médico Legal (jurisdição onde ocorreu o acidente), consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau de invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.

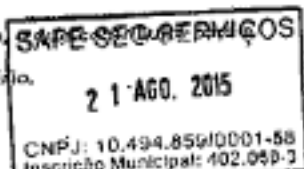
Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 12.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(s) companheira(s) e, na falta destas, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	• Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.
Beneficiário(a): Companheira(o)	• Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva, (a companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).
Filhos ou irmãos:	• Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a estes seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.
Pais:	• Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	• Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Deve-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação.
2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

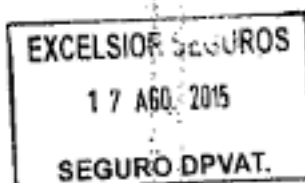


Recib.

04.08.15

Valdir Soares da Silva

Assinatura do reclamante





FÓRmula DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3150726290

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdín Soares da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 5544984EXPEDIDO POR SSP-PEEM 23/08/13CPF 024401304-38 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ---E RENDA MENSAL DE R\$ --- (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA e mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suspep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO --- Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- Nº da CONTA (com dígito, se existir) ---

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0008004-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT

Recife 04 de Agosto de 2015

LOCAL E DATA

x Valdín Soares da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SAFE SEG SERVICOS

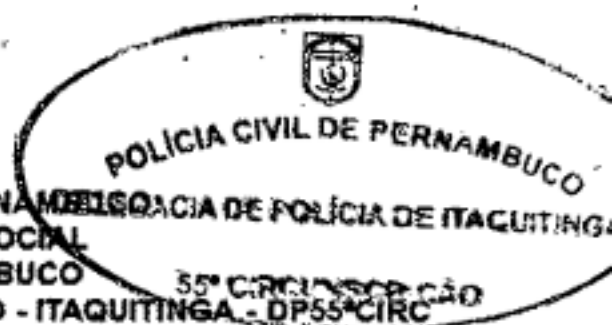
19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC
DINTER/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0145000106

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2015** às **13:03**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 17/3/2015 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, PROXIMO AO TREVO DE ITAQUITINGA, E AO POSTO DE GASOLINA NA ENTRADA DA CIDADE - Bairro: VILA MATARY - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PROXIMO AO POSTO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SEVERINO CARLOS FERREIRA (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2 (OUTRO)
JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA (OUTRO)
LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)
VALDIR SOARES DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA

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

SEVERINO CARLOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA
Pai: NAO DECLARADO Data de Nascimento: 10/6/1945 Naturalidade: MORENO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 1055413/SSP/PE (RG), 31170668463 (CPF), 01278265634 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares:
- 8196264663

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CONDADO, 58, PROXIMO A IGREJA BATISTA - CEP: 0 - Bairro: VILA JARARACA - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

VALDIR SOARES DA SILVA (não 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 Documentos: 03191548391 (CNH) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL SÍTIO CARAU - CEP: 65000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.484.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.059-3

LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ ALVES Pai: JOSÉ DO NASCIMENTO RAMOS Data de Nascimento: 13/4/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: MOTORISTA Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL, SÍTIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2 (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRIA PEREIRA DE BRITO Pai: JOSÉ LOPES DE BRITO Data de Nascimento: 3/6/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 36184/PMPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, DESTACAMENTO LOCAL DE POLICIA MILITAR - CEP: 0 - Bairro: CHA DE AREIAS - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADIR TRAJANO DE LACERDA PEREIRA Pai: JOÃO DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 23/12/1965 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 34463/PMPE/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, DESTACAMENTO DE POLICIA MILITAR DE ITAQUITINGA - CEP: 55 - Bairro: CHA DE AREIAS - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

CARRO SIENA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/FIAT SIENA Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MYC8283 (PERNAMBUCO/CONDADO) Renavam: 776578588 Chassi: 9BD17201223011252
Ano Fabricação/Modelo: 2002/2002 Combustível: GASOLINA

MOTOCICLETA BROZ (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: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: AMARELA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJN5013 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 128271469 Chassi: 9C2KD03308R088841
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

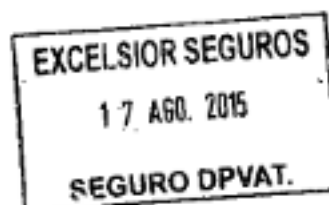
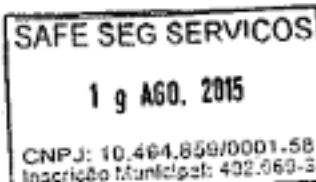
Complemento / Observação

CONFORME BO DA PMPE DE Nº 1931/15 NA DATA E HORÁRIO ACIMA, QUANDO A GUARNIÇÃO COMPOSTA POR CB LACERDA MAT 28141-7 E CB MARCIO MAT 29477-2, REALIZANDO RONDAS NO LOCAL SE DEPARARAM COM UM ACIDENTE DE TRANSITO NO TREVO DA PE-052 QUE DA ACESSO A PE-04, QUE VAI DA DESTINO A CIDADE DE CONDADO, ONDE UM VEICULO FIAT SIENA DE PLACA MYC 8283 QUE TRANSITAVA NA PE 052 COM DESTINO A CIDADE DE CONDADO, POIS AO CONDUZIR O CARRO NO TREVO PELA CONTRAMÃO CHEGOU A COLIDIR COM UMA MOTOCICLETA DE COR AMARELA, SENDO UMA BROZ DE PLACA KJN-5013, ONDE ESTAVA SENDO CONDUZIDA PELO SENHOR VALDIR SOARES DA SILVA, QUE DEVIDO A COLISÃO FOI SOCORRIDO E DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DA CIDADE DE ITAQUITINGA, AONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, E SENDO LOGO REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. JÁ O MOTORISTA DO SIENA O SENHOR SEVERINO FOI SOCORRIDO E DEU ENTRADA NO HOSPITAL JOÃO FERREIRA DE ANDRADE NA CIDADE DE CONDADO, AONDE O MESMO RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E LIBERADO PELO MEDICO DE PLATÃO. INFORMO AINDA QUE FOI DADO CIÊNCIA DO ACIDENTE, A DELEGADA DE PLATÃO DE NAZARÉ DA MATA, DIANTE DO FATO REGISTRO A OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS.

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



SEVERINO CARLOS FERREIRA
(AUTOR / AGENTE)

LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO
(TESTEMUNHA)



JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2
(OUTRO)

JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA
(OUTRO)

B.O. registrado por:   MARCIO ALVES DE BRITO - Matrícula: 350645-2

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.059-3

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valdir Soares da Silva, portador da carteira de identidade nº 5544984 e inscrito no CPF/ME sob o nº 024 101 394-18 residente e domiciliado na SI CARAU, 71 - Rural / Tracunhaem Rural Cidade Tracunhaem Estado PE 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 residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio 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.

DOCUMENTO 2 "T2º/6"

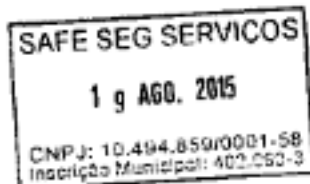
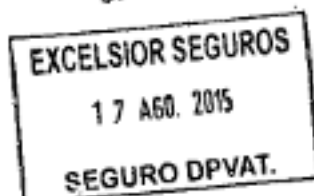


Valdir Soares da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 04 de Agosto de 2015

Local e data





PREFEITURA
ITAQUITANGA

HR: Senha: 4650069
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Data: 17.03.15.
Hora: 19:20.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACIENTE: Paulo Soares da Silva REGISTRO: 608015
PAI: Augusto Soares da Silva
MÃE: Elisabete Trajano da Silva
ENDEREÇO: Rua 1000 Nº 1000 COMPLEMENTO: 1000
BAIRRO: 1000 CIDADE: Itaquitanga UF: PE CEP: 55.950.000
NASCIMENTO: 19/08/74 SEXO: M FONE: _____ CELULAR: _____
RG: _____ CPF: _____ PROFISSÃO: _____
MAT: _____ VALIDADE: _____ GUIA: _____
CONVÊNIO: _____ TIPO: _____ MÉDICO: _____
SEGURADO: _____ RESPONSÁVEL: _____
RG RESPONSÁVEL: _____ C. F. RESPONSÁVEL: _____
OBSERVAÇÃO: _____

DATA DE SAÍDA: 1/1 HORA DE SAÍDA: _____ CID: _____

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

Paciente vítima de acidente
automobilístico apresentando edema em região
abdominal esquerda, hematomas múltiplos
visíveis em tórax, abdome e membros T.E.
apresentando hematematores e melena
DIAGNÓSTICO: Trauma (TCE + hemorragias)

EXAMES SOLICITADOS: _____

DOCUMENTO 3 *T3%*



DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO:

1) Soro Fisiológico 500ml, EV
2) Isonal + Soro, EV
3) Difenidramina, EV
Transferência p/ Hospital Retardados

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PA X TEMP °C PULSO BPM PESO

PACIENTE NO REPOUSO: 1/1 HORA: _____ RECEBEU ALTA: 1/1 HORA: _____

PACIENTE TRANSFERIDO () Sim () Não Nº Senha: _____ HOSPITAL DESTINO: 0301060061

_____/_____/_____ HORA: _____

0301100012
0301060063

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 102.000.000



Força Social de Energia (DECEA) criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
NOTA FISCAL Nº 401243737010-4
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-962
 CNPJ 10.633.932/0001-08 | Ins. Est. 0005945-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 VALDIR SOARES DA SILVA

INTERESSADO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 STCARAL 11

CPF: 024.101.394-18

RURAL/TRACUNHAEM RURAL
 TRACUNHAEM PE
 55805-000

CLASSIFICAÇÃO
 R1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
401243737010-4	07/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
21/07/2015	13/08/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	35,78

CPF DO CLIENTE: 024.101.394-18
 Nº DA FOLHA FISCAL: 001261112
 Nº DO CLIENTE: 7000007700
 Nº DA FOLHA FISCAL: 4184500

DEMONSTRAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO-UNIT	VALOR (R\$)
Consumo ADEQUADO	50,00000000	0,57355011	28,68
Adicional Bandeira VERMELHA			4,32
Contribuição Tarifária de 100%			1,07
Multa por atraso - R\$ 0,01 por kWh - 12/07/15			0,00
Juros por atraso - R\$ 0,01 por kWh - 12/07/15			0,00

TOTAL DA FATURA 35,78

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Posterior	Atual	Nº de Contador	Ajuste	Consumo (kWh)
0231600	Car	12000015	4184500	10872915	581100	1,0000	50,00

MÊS/ANO	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Jul-15	30	15,84
Jun-15	30	15,84
Mai-15	30	15,84
Abr-15	30	15,84
Mar-15	30	15,84
Fev-15	30	15,84
Jan-15	300	158,40
Dez-14	30	15,84
Nov-14	30	15,84
Out-14	30	15,84
Set-14	30	15,84
Ago-14	30	15,84
Jul-14	30	15,84

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na nota de fatura é fornecida a seguinte informação: Este documento contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve verificar se os dados estão corretos e, em caso de divergência, entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco. O cliente também deve verificar se o valor a pagar está correto e, em caso de divergência, entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco. O cliente deve verificar se o valor a pagar está correto e, em caso de divergência, entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO			
Consumo em kWh	Valor em R\$	Consumo em kWh	Valor em R\$
12000015	15,84	10872915	15,84
4184500	15,84	10872915	15,84
10872915	15,84	10872915	15,84
10872915	15,84	10872915	15,84

EXCELSIOR SEGUROS
 17 ABO. 2015
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS
 1 g ABO. 2015
 CNPJ: 10.494.659/0001-58
 Inscrição Municipal: 402.059-3

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
401243737010-4	07/2015	21/07/2015	35,78
83860000000-0 35780011004-0 01243737010-4 02334028003-2			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150726292 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150726292 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA ULNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE. ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto de Castro Costa

CRM do médico: 11730

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

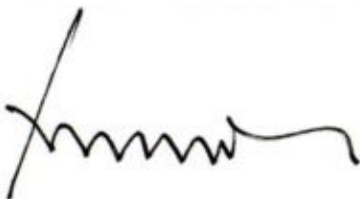
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **VALDIR SOARES DA SILVA** Sinistro: **3150726292** Data: **17/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI CARAU, 71, RURAL - TRACUNHAEM RURAL - Tracunhaém - PE - CEP 55805-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **5544964**

Data local do exame: [**08/09/2015**] **Limoeiro** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA ULNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE. ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Assinatura do Médico Examinador - CRM