



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

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526723

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/06/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº ILEGÍVEL - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526723

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 081.739.504-07 4 - Nome completo da vítima: Jole Allison de Araújo Borzenna

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jole Allison de Araújo Borzenna 6 - CPF: 081.739.504-07
7 - Profissão: Nôva 8 - Endereço: Travessa Oslen Tubino 9 - Número: 62 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim do Rio Preto 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: Nôva 16 - Tel (DDD): 81/99304-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: AMBLO
AGÊNCIA: 2530 5 CONTA: 611659 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos (ou netas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
digital da
vítima ou
beneficiário
não assinante

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Camocim (PE), 01/08/2019.

por Allison de Araújo Borzenna

Assinatura da vítima/beneficiário (deficiente)

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/08/2019

Assinatura da testemunha

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura do Procurador (se houver)

11 SET 2019

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Scanned by CamScanner



Bradesco

Débito



5090 9125 1569 2206

04/21

VÁLIDO ATÉ

2530 5

AGÊNCIA DIG

06 1659

CONTA

02 00

DIG VIA TIPO

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/2019

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/05/2019

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

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Débito

Bradesco

5090 9125 1569 2206

00

02

0671659

2530 5

04/21

TIPO

VIA

DIG

CONTA

AGENCIA

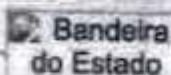
VALIDATE

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100°CIRC
DINTER1/14ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000377

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/07/2019 às 12:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2019 às 22:25**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, PE 103 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **NA ESTRADA O BAR DA CURVA SENTIDO CIDADE DE BONITO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DERRAPAGEM (AUTOR/AGENTE)
AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA (OUTRO)
JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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

JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINO ANA DE ARAUJO Pai: JOSÉ SEVERINO BEZERRA Data de Nascimento: 27/7/1987 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7959462/SDS/PE (RG) 08173950407 (CPF) 04419795005 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: PRETISTA
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SEVERINA ANA ARAUJO Pai: JOSÉ SEVERINO BEZERRA Data de Nascimento: 20/5/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8530627/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A)
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KK09710 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **814088449** Chassi: **98GXF19X04C131703**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2004** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMOU O NOTICIANTE QUE FORA VITIMA DE ACIDENTE DE VEICULO QUANTO TRAFEGAVA NA ESTRADA ESTADUAL PE 103 PILOTANDO O VEICULO SENTIDO BONITO/CAMOCIM, QUANDO DERREPENTE DERRAPOL NA PISTA PERDENDO O CONTROLE DA DIREÇÃO CHEGANDO A CAPOLTA E DESCENDO NA RIBANCEIRA. ADIANTA QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL SOLICITARAM A SAMU, QUE RESGATOU O MESMO LEVANDO PARA O HOSPITAL MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO NA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FELIX. FICANDO SOBRE O REGISTRO 105011, E SOBRE OS CUIDADO DO MEDICO DE PLANTÃO DR. SÉRGIO MENDONÇA CRM/PE 27.935, QUE CONSTATOU TRAUMA TORAX, QUE FOI TRANSFERIDO DE IMEDIATO PARA O RECIFE HOSPITAL GERTULHIO VARGAS E ATENDIDO SOBRE O REGISTRO 1121373, FICANDO SOBRE A CUSTODIA DO DR. IRWINS EMANUEL CRM 27918. SEM MAIS PELO EXPOSTO FEZ CIENCIA A ESTA AUTORIDADE POLICIA.

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

João Alisson de Araujo Bezerra

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

(VITIMA)

Aiza Rafaela de Araujo Bezerra

AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA

(OUTRO)

B.O. registrado por: IVANILDO AINES DE ALBUQUERQUE - Matrícula: 381.127-1



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/01/2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AIL: 3 - CPF da vítima: 081.739.504-07 4 - Nome completo da vítima: José Alisson de Souza Borzenna

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Alisson de Souza Borzenna 6 - CPF: 081.739.504-07
7 - Profissão: Nova 8 - Endereço: Travessa Oslen Gubina 9 - Número: 62 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim do Rio Preto 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: Nova 16 - Tel (DDD): 71 99304-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AMBLO

AGÊNCIA: 2530 5 CONTA: 611659 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imposição digital da vítima ou beneficiário não autorizada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Camocim do Rio Preto, 01/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (detestante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11.551.210

Scanned by CamScanner

Médico Regulador Dr. F. D. N.						TARJ		Operador de Sinais H. G.			
Data 02.06.19		Hora 22:25		ID 0888	Nº ocorrência 02	Unidade Móvel 775M		Rua da unidade Correio			
Endereço da ocorrência R. C. 103									Nº		
Bairro Santos Dumont						Município Correio					
Ponto de referência Praça do Brasil											
Nome da vítima José Maria de Jesus									Idade 21	Sexo M / F	
Solicitante / Fogo						Código de índice - SUS					
Queixa Dor abdominal											
Consultação 22-25		Saida da base 22-25		Chegada no local 22-25		Saida do local 23-01		Chegada na destino 23-01		Saida da destino 23-01	Chegada no base 23-01
Transfêrência (se não): Tipos de Agravos: ☐ Acidente Trânsito ☒ Pele ☒ Condutor do veículo ☒ Passageiro do veículo ☐ Agredido ☐ Criança ☐ Desconhecido / Intermisso Antecedentes: ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias anteriores Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas: ☐ Agitação/agressividade ☐ Alergia ☐ Assustado de pânico ☐ Claustro											
Início das Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe											
Dados Vitais:											
Hora		PA	Freq.	PR	Temp. Axilar	Glicose	Saturação O₂ %	Escala de Glasgow			
Iniciou:		140 x 100	105	20	-	103	98%	15			
Fim:											

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ OMS

Achebe: ☐ Crept into

CIRCULAÇÃO:

Pup:	☐ Classic	☐ Fria
Edema:	☐ Absent	☐ Palpebral
Perfusion:	☐ Normal	☐ Retarded
Pulse:	☐ Regular	☐ Irregular
Auscult:	☐ Normal	☐ Hypoactive
ECG:	☐ Normal	☐ Abnormal

Respiratory Ventilator Use

☒ Euphorbia
☐ Parada Respiratoria
☐ Asistida
☐ Ritmo Irregular

Appendix

☐ Monochrome
☐ Colour
☐ 1000x600
☐ 1280x800
☐ 1600x1200
☐ 1920x1200
☐ 2560x1600

Summary:

☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

5.802.494/0001-41
TRAÇÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
RUA DE JACARE, 44-125, 05802-010
TRACAS COMERCIO LTDA
CNPJ 05.802.494/0001-41

1.1 RECEIVED

Area da Ampla: 175,9 902 81 C
Região: 117 50 00 010

Principais Lesões	Crânio	Pare	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Ematoma											
Perfuração											
Contusão											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Lesão											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

Lesão de 4º grau
no crânio, com
fratura de 1º grau
na região da
base do crânio
na região da
base do crânio
na região da
base do crânio
na região da
base do crânio

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
☐ Sinal Battle Direita
☐ Sinal Battle Esquerda
☐ Sinal de Gosselin Direita
☐ Sinal de Gosselin Esquerda
☐ Rigidez da Nuca
☐ Afasia

- ☐ Músc. Direita
☐ Músc. Esquerda
☐ Músc. Direita
☐ Músc. Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paralisia
☐ Anestesia

- ☐ Paralisia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros:

SEGMENTO:

- ☐ Pescoço:
☐ Devido Traqueia
☐ Normal
☐ Traqueia Jugular
☐ Externa Subcutânea
☐ Outros:

- Abdômen:**
☐ Distensão ☐ Aortic
☐ Distensão / Defesa
☐ Espasmos
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros:

Drugs:

- ☐ Anestésico
☐ Cloridrato de
☐ Cloridrato de
☐ Cloridrato de
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ Outros
☐ Trabalho de parto ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolso rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto normal ☐ Gêmulas ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Exatidão Nasotragual
☐ Cuidado Ovarianos
☐ Cristatoplasma
☐ Ventilação Mecânica Assistida
☐ Respirador
☐ Intubação O2
☐ Traqueostomia e Agulha Direita

- ☐ Toracotomia e Agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Mesotomia Cardíaca Esquerda
☐ Drenagem Cardíaca Esquerda
☐ Controle Hemorragia
☐ Controla
☐ Puncão Venoso Periférico
☐ Puncão Venoso Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sonda
☐ Imobilização Membros
☐ Cuidado Cervical
☐ Tala/Treque
☐ Exatidão Nasotragual
☐ Traqueostomia
☐ Intubação Cardíaca / Ortopedia
☐ Outros:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Medicamento	Dose	Via	Horário
Solu. Salina 0.9%			
Solu. Glicose 5.0%			
Solu. Glicose 10.0%			
Outros			

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UNASO

MUNICÍPIO: Panamá

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCENÇA DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viagem	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: 1 Assinatura: 05.802.494/0001-41

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

COO: 148 - Grupos Ltda (P) 3728-4000

11 SET 2019

Poa da Aurora, NY 175, SL 902 BL
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1395328478

 **IMPRIMIR**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810126
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE:
SEVERINA ANA DE ARAUJO

ENDEREÇO:
TV OSCAR EUGENIO 62 - CENTRO/CAMOCIM
DE SAO FELIX - 55665-000 CAMOCIM DE SAO
FELIX PE -

PERÍODO CONSUMO
13/06/2019 a 15/07/2019

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DATA DE VENCIMENTO
22/07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 47,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
15/07/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
15/07/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
069674717

CONTA CONTRATO
7013777416
CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

CONSUMO
26

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
7013777416

MÊS/ANO
07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 47,23

VENCIMENTO
22/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 472300110076 013777416109 140476287630



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aíza Rafaela de Araújo Bezerra,

RG: 8.590.627, data de expedição 25/04/2008

Órgão SDS, portador do CPF 094.428.274-13, com

domicílio na cidade de Camocim de São Félix, no Estado de Pernambuco,

onde resido na (Rua/avenida/estrada) Antônio Lauretino dos Santos, nº 62,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Alisson de Araújo Bezerra, cujo o conduto era João Alisson de Araújo Bezerra.

Veículo: Automóvel

Modelo: Gm/Loba Sedan

Ano: 2003

Placa: KKG 9710

Chassi: 9BGXF19X04C131702

Data do Acidente: 02/06/2019

Local e data do cartório: Camocim de São Félix, 15.07.2019

Aíza Rafaela de Araújo Bezerra

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11.07.2019

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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX
Titular: DANIEL BENEDITO DA SILVA
Telefone: (81) 3743-1086

Remissão por Autenticidade assinatura de AÍZA RAFAELA DE ARAÚJO BEZERRA - Doc. 14. Emol: R\$ 3,47 TEND: R\$ 0,80 FISC: 0,40, FISC: R\$ 0,04, FISC: R\$ 0,06, ISS R\$ 0,12, total: R\$ 4,87. Em test: 97 Verdade - Elaine Apolinária de Amorim Silva - Tabelião Substituto.

Selo: 0075019-1/201901.00766 15/07/2019 11:27:37
Consulte em: www.tjpe.gov.br/portaldigital

Daniel Benedito da Silva
Tabelião Registrado

Médico Regulador	YARD				Operador de fôno																									
Data	Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade Móvel	Bairro da unidade																									
06/06/19	22:25	0543	02	715M	Casimiro																									
Endereço da ocorrência					Nº																									
Bairro					Município																									
Ponto de referência																														
Nome da vítima					Idade	Sexo																								
Solicitante / Fogo					Cartão de saúde - SUS																									
Queixa																														
Comunicação	Saida via base	Chegada ao local	Saida do local	Chegada no destino	Saida do destino	Chegada no local																								
22:25	22:40	22:45	23:10	23:15	23:20	23:25																								
☐ Transfêrencia (seu); Tipo de Agravar: ☐ Acidente Trabalho ☐ Pedestre ☒ Condutor do veículo ☐ Passageiro do veículo ☐ Agrícola ☐ Cidadao ☐ Desabamento / Subterrâneo Antecedentes: ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias Recentes Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas ☐ Agitação/agressividade ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso ☐ Claustro Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe Dados Vitais: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th><th>PA</th><th>Pulso</th><th>FR</th><th>Temp. Axilar</th><th>Glicemia</th><th>Saturação O₂ %</th><th>Escala de Glasgow</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início:</td><td>14.5 x 100</td><td>105</td><td>20</td><td>-</td><td>109</td><td>98%</td><td>15</td></tr> <tr> <td>Fim:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow	Início:	14.5 x 100	105	20	-	109	98%	15	Fim:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow																							
Início:	14.5 x 100	105	20	-	109	98%	15																							
Fim:																														

RESPIRAÇÃO:

Via Aerea:

☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ Outros

Achados: ☐ Crepitação ☐ Exatema Subcutâneo ☐ Espontaneidade microvascular ☐ Hemoptise ☐ Hifema Urinário

CIRCULAÇÃO:

Pulse: ☐ Classen ☐ Frio ☐ Ondula ☒ Normal ☐ Veloz ☐ Quito ☐ Saca ☐ Ombra
 Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M inferior ☐ Anasarca ☐ Saca ☐ Ombra
 Perfusão: ☐ Normal ☐ Retardada ☐ Absente
 Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Frio ☒ Quente ☐ Ausente
 Ausculta: ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrio Pericardio ☐ Atrio ☐ Sopro
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado ☐ Aritmia ☐ Supra

Respiratory Ventilation

- ☒ Euphorbia
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Anistolia
- ☐ Ritmo Irregular

Abstract

☐ Microsoft
☐ Microsoft Office
☐ Microsoft Word
☐ Microsoft Excel
☐ Microsoft PowerPoint

Keywords:

☐ ☐ ☐

5.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
RUA DE AUREO DE LIMA, 1002 BL. C
D. 1002-1002 FLSB 51.060-010

1.1 RECEIVED
175-902-BL
175-902-BL
175-902-BL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO
LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Nome do Paciente: <i>Jon. Il. Lemos de Sá. B. B. B.</i>	
Quadro Clínico: <i>Pré-natal v. b. de acompanhamento de risco L. 1 hora</i> <i>Paralelo p/ f. de MMS</i>	
Diagnóstico: <i>Pré-natal investigado</i>	
Auxiliar Responsável:	COREN:

REMOÇÃO

Destino: <i>Pré-natal de Risco</i>	Município: <i>Camocim</i>	Hora de saída:
		Hora de Chegada:
Motivo (Registro detalhado):		
Médico Assistente (Assinatura):		
Nº do CRM:	Data:	
Local:	Data:	
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
		Hora de Chegada:
Motivo (Registro detalhado):		
Médico Assistente (Assinatura):		
Nº do CRM:	Data:	
Local:	Data:	
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:
Especificação do atendimento prestado:	
Assinatura do Responsável:	Nº do CRM:
Data:	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

COEL: 40 - Grátis Line: 0800 2726 0300

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05/06/2019

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 739144

Prontuário: 1121373

Paciente: JANE ALISSON DE ARAUJO DEZERRA

Nascimento: 27/07/1987

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 700009464030403

RG: 7969462

Nº: 02

Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS

Cidade: CAMOCIM DE SÃO FELIX

Estado: PE

Profissão: CENTRO

Fone: 08831400

Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO

Companheiro: RAFAELA

Nome do Cônjuge:

Local de Procedência: AMBULATORIO

Clínica: CIRURGIA GERAL

Referência: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 02/06/2019 FRATURA DE UMBILIGO E PUNHO D EVOLUI COM DORTOPACIA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 28/05/2019 HORA: 09:32 h Médico:

Queixa Principal/HDA: Paciente com história de comprometimento no dia 04/05/19 com
fratura e luxação do ombro esquerdo e fratura de punho direito. Em
05 dias com dor muito ruim aos movimentos ativos e passivos. Não houve
melhora com medicação e outros exames foram realizados.

História do Trauma

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

Modo de Transporte: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Local de Impacto: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Transporte Realizado por: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Exame Físico:

Geral: Via aérea esta pervia Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp. C°

ECG, consciente, orientado, hidratado, normotensionado, normocorado,

monotono, discreto.

Respiratório:

Muc. em aut. d. d. 0,40, 40/100 em 1/2 inferior do abd. 15/10, 15/10

FR: 17 SpO2 99% com sat. 02

Circulatório: PA 130 x 100 mm Hg Pulso 85 bpm

Per. em 21, BNF 515

Exames Neurológico:

Deficiência motora MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: 4 Hora: 9:45

Glasgow: Resposta Verbal: 5 Hora: 9:45

Glasgow: Resposta Motora: 6 Hora: 9:45

Escore: 6 Hora: 9:45

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/05/2019

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

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

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 739144

Prontuário: 1121373

NOME: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data Nas: 27/07/1987

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 08173050407

RG: 7065482

CNS: 700039464390403

Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS

Nº: 62

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMOIM DE SAO FELIX

Estado: PE

CEP: 55055000

Fone: 98631403

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO

Acompanhante: RAFAELA

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: AMBULATORIO

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 12/06/2019 FRATURA DE UMEROS E O EVOLUI COM DOR TORÇÃO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 23/08/2019 HORA: 09:32 li Médico:

Queixa Principal / HDA: Paciente com história de carpinchamento no dia 02/06/19 com
prostração e luxação do ombro direito e fratura de punho direito. Evolui
nos 5 dias com dor muito forte nos membros superiores, associada a dor
torçã. Numa fratura e outros quizes mais com dor torçã

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Consciência de Tempo: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Local de Impacto: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Vibração de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte Realizado por: Por que:
Circulação de Imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Exame Físico

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°
ECG: consciente, orientado, amigável, hidratado, normocorado,
hidratado, discreto

B. Respiratório

Mut em 4HT, Duro, 43x22 cm 1/2 inferior do HTD, SPO2
FR: 17 SPO2: 99% com cat. 02

C. Circulatório

PA: 130 x 100 (mmHg) Pulso: 85 bpm
Reflexos 2+, BNF, S/S

D. Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular: Escote: 4 Hora: 9:45 Glasgow: Resposta Verbal: Escote: 5 Hora: 9:45 Glasgow: Resposta Motora: Escote: 6 Hora: 9:45

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21.101.910

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, 902 BL C
Boa Vista - CEP: 55050-010
RECIFE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>JOÃO ALVES DA SILVA</u>		CARTÃO SUS:	
NOME DA MÃE:		Nº DO REGISTRO: <u>12975</u>	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F. ☒ M.
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:		
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Luxação do ombro direito + fratura da clavícula direita</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>P.I. e cirurgia</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>01/10/19</u>		DATA DA ALTA: <u>08/10/19</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO REVISOR/FATURAMENTO
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Sérgio</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ HEMODIÁLISE ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ ☐ ☐ ☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Paciente com fratura da clavícula direita e luxação do ombro direito.</u>			
MEDIÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:		05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Luxação do ombro direito</u>		05/10/2019 Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. 1 Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE	
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS:		ÓBTO: ☐ M. ☐ BVO ☐ BO:	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA DATA: <u>11/10/2019</u>		ASSINATURA RESPONSÁVEL ASSINATURA DO MÉDICO	

CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202080209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC.ÚRICO	0202010120		ABDÔMEN SIMPLES AP	0204050138
ALBUMINA	0202010827		ABDÔMEN AP+LATERAL	0204060111
			BACIA	0204080095
BILIRRUBINA	0202010201		BRAÇO	0204040051
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010260		CALCÂNEO	0204080109
COLESTEROL	0202010295		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010388		COXA	0204060117
GAMA	0202010485		COL.TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVÍCULA	0204040060
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOCULTURA	0202080153		FEMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204080133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204060128
LEUCOGRAMA	0202020398		MÃO	0204040088
LCR	0202090600		OMBRO	0204040116
FÓSFORO	0202010430		PE	0204060150
FÓSF.ALCAINA	0202010422		TÓRAX AP	0204030170
MAGNÉSIO	0202010662		TÓRAX AP E PERFIL	0204030183
MILOGRAMA	0202090191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEÍNA	0202010570		PERNA	0204060168
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDÍBULA	0204010056
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAIS	0202010619		ABDÔMEN SUPERIOR	0205020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDÔMEN TOTAL	0205020046
POTÁSSIO	0202010600		TÓRAX	0205020135
SÓDIO	0202010635		PÉLVICA	0205020180
TSTC	0202020485		TRANSVAGINAL	0205020156
TEMP SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0205020127
TRIGLICÉRIDEO	0202010678		MAMA	0205020097
TGO	0202010643		PRÓSTATA	0205020119
TGP	0202010651		VIA URINÁRIA	0205020054
TPAE	0202020487		TOMOGRAFIA	
UREIA	0202010694		COLUNA CERVICAL	0208010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0208010028
			COLUNA TORÁCICA	0208010036
CONC.HEMÁCIA	0306020068		FACE	0208010044
CONC.PLASMA	0306020106		PRESCOÇO	0208010052
CONC.PLAQUETA	0306020078		SELA TURCICA	0208010060
PRÉ TRANSF. I	0212010026		CRÂNIO	0208010079
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0208010087
			MEMBROS SUPERIORES	0208020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG.APENDICULARES	0208020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TÓRAX	0208020031
ECG	0211020038		ABDÔMEN SUPERIOR	0208030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0208030029
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0208030037
TRAÇÃO	0408060098		FISIOT.RESF.	0302040021
			FISIOT.MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010016

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, SL 802 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

Rua da Aurora, nº 175, SL 802 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS



SERVICO DE CIRURGIA GERAL

Alta Hospitalar

Nome: José Alisson de A. Bezerra

Registro: 1121373

Data de Internamento: 01/07/19

Data de Alta: 05/07/2019

Equipe cirúrgica:

- Operador: MRI Irwins Emanuel

Diagnóstico Pré-operatório: Hemotórax maciço em pulmão direito

Tipo de operação: Drenagem de tórax em selo d'água

Diagnóstico pós-operatório: Hemotórax maciço em pulmão direito

Data da cirurgia: 28/06/19

Achados cirúrgicos:

- Saída de conteúdo sero-hemático

História Clínica:

Paciente admitido pela emergência deste serviço com história de acidente de trânsito em 02/06/2019, com fratura em ombro esquerdo e punho direito e posterior alta. Evoluiu sem sintomas em casa, no dia 27/06/2019, com dispnéia aos pequenos esforços associada a dor torácica, sendo transferido novamente a este serviço e realizado drenagem em selo d'água com grande quantidade de volume sero-hemático em pulmão direito.

Admitido na enfermaria de cirurgia geral para investigação. Realizado tomografia de tórax (04/07/2019), que evidenciou presença de opacidade pulmonar, porém com área capsulada. Hoje, 05/07/2019, paciente evolui com bom estado geral, com melhora em ausculta pulmonar. Foi discutido, em reunião clínica, tratamento conservador com fisioterapia respiratória. Dessa forma, prescrevo alta para paciente hemodinamicamente estável, respirando em ar ambiente.

Orientações:

- Retorno ao ambulatório de Dr. Fábio Granja com 15 dias após alta.
- Prescrever: Dipirona 500mg de 12h, se dor.
- Lavar ferida operatória com água e sabão neutro.
- Retirar pontos após 10 dias da cirurgia em posto de saúde mais próximo da residência.
- Em caso de piora clínica procurar serviço de emergência mais próximo da residência.

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Médico

Recife, 05/07/2019

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

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/2019

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuário da Internação
GIVALDO J.



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº Atendimento: 730425 Nº AIH: _____
Nome: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA Prontuário: 1121373
Data Nasc.: 27/07/1987 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: _____
CPF: 02173950407 RG: 7058482 CNS: 700009464390403
Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS Nº: 62
Bairro: CENTRO Cidade: CAMOÇIM DE SÃO FELIX Estado: PE
CEP: 55665000 Fone: 98831403 Profissão: _____
Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO
Nome do Conjuge: _____
Nome: _____
Parentesco: _____ RG: _____ Fone: 98831403

2. INTERNAR PARA

Clinica: CLINICA GERAL Prestador: 1
Unidade de Internação: _____ Leito: CLDA 207-03
Diagnóstico Inicial
(Constante do Laudo Médico): Amorçoso da a. direita CID: _____
Procedimento Solicitado: Amorçoso da a. direita CÓD: _____
Procedimento Realizado: Amorçoso da a. direita CÓD: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico	MRS. <u>Traciara Emanuel</u>	
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: 527.1 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____
0412040106

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Paciente, homem, com história de acidente automobilístico em 02/10/19
com lesões graves, admitido no Hospital Getúlio Vargas em 02/10/19
com diagnóstico de fratura de fêmur direito e fratura de tíbia e fíbula esquerda.
Paciente submetido a cirurgia de fixação com placas e parafusos.
Paciente com evolução satisfatória, sem complicações.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA 05.802.494/0001-43
DATA DA INTERNAÇÃO: 04/10/19 DATA DA ALTA: 05/10/19 DIAS DE INTERNAÇÃO: 14

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

Rua da Aurora, nº 125, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-000
PELOTEIRO

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 28/06/2019 09:21

Nome Paciente: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1967
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: E0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/06/2019 09:23 - 28/06/2019 09:25

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Procedência: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 02/06/2019 - FRATURA DE UMEROS ESQ E DEXTRO D. EVOLUI COM DOR TORÁCICA E DISPNEIA HA 5 DIAS

Qualificação: PROCEDENTE DO AMBULATORIO - ENCAMINHADO POR DRA. JULIANA RIVANTI

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

Diagnóstico(es): DISPNEIA AGUDA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais (atual): REGULAR DOR 0
FREQUENCIA CARDÍACA: 64 DO BPM (RÍTMICO)

SpO₂ 96%

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/07/19
Rua da Aurora, 10175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/07/19
Rua da Aurora, 10175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Aceite(s) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/06/2019 09:25



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

REQUIÇÃO DE PARECER



NOME: José Alisson de A. Bezerra

MATRÍCULA: 1121373

O/C: CLÍNICA Cirúrgica

ENFERMARIA: 207

A/C: CLÍNICA Fisioterapia Respiratória

LEITO: 03

Paciente, sexo masculino 31 anos, com história de acidente automobilístico há 01 meses, evolui com dispnéia aos pequenos esforços associado a dor. Possui radiografia de tórax evidenciando pneumonia à direita. Paciente foi submetido à drenagem torácica com saída de conteúdo sero-hemático e aguarda melhora de evolução clínica para alta.

Recife, 02 de Junho de 2018

Trindade Emanuel
Médico
CRMPE 23518

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

Paciente comunitário, com diagnóstico de pneumonia
Drenagem torácica à E, sem drenagem
Paciente em tratamento
Evolução clínica satisfatória, FR 16
RR 12, saturação de O2 98%, sem
sinais de insuficiência respiratória, aguardando alta
clínica para alta.

05.802.494/0001-43

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

11-78

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

Trindade Emanuel
Médico
CRMPE 23518

03/04/18

05.802.494/0001-43

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

03-78

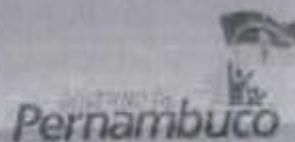
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSE ALISSON

Registro:

Data da operação: 28/06/19

Operador: IRWINS EMANUEL

Tipo de Anestesia: Local

Diagnóstica: Hemotórax à direita

Tipo de operação: DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D'ÁGUA.

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Antissepsia + aposição de campos operatórios;
- 3) Anestesia local com lidocaína;
- 4) Diérese por planos até cavidade torácica com dificuldade (por conta do biótipo do paciente);
- 5) Introdução de dreno de tórax Nº 34 com drenagem em selo d'água, visualizo escape aéreo pelo tubo, porém não há saída de sangue pelo dreno;
- 6) Fixação do dreno com nylon Prolene 0-0;
- 7) Limpeza + curativo;
- 8) Solicito radiografia de tórax para confirmar per-tuito do dreno.

Irwin Sousa
Régis
CRM 17818

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/07/19
Rua da Aurora, Nº 175, 5.º Andar, C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/19

Rua da Aurora, Nº 175, 5.º Andar, C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
FONE: 3411.1121

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COC Nº:
10.572.048/0006-51
(03 vias)

CARTÃO GUE

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

SERIAL

NOME DO PACIENTE

JOSE ACISSON DE ARAUJO PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO

27/02/87

SEXO

MASC

Nº DO REGISTRO

1121873

NOME DA MÃE

Silvina Ana de Araujo

ENDEREÇO

Nº

BLOCO

APTO

BARRIO

MUNICÍPIO

UF

CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente, 31 anos, com história de acidente auto-
mobilístico em 02/06, chega à emergência pela SAICE com
queixas hemodinâmicas de dor no tórax. Realiza-
do RX demonstrando hemotórax à direita.

EXAME FÍSICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

hemotórax à direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. Renato Gonçalves à direita

OCORRÊNCIA

05.802.494/0001-41

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

clínica médica

CARACTER DA INTERNAÇÃO

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/79

DATA 28/10/19

DATA

Rua da Aurora, nº 275, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
PE 01111-01

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE COMPLEMENTAR

DATA DO REGISTRO

REV. 10/14-V-1305

Associação Getúlio Vargas - Associação de Médicos
Pernambuco - CEP 50.060-010
RUA DA AURORA, Nº 275, SL 902, BL. C
BOA VISTA - PE 50.060-010



NOME:

João Alvaro de Araújo Bezerra

Nº DO REGISTRO:

1121373

SETOR:

ENFERMARIA

LEITO:

DATA - HORA

28/06/19
22:30

EVOLUÇÃO

#CG#

Realiza reposição de Demotaxos
que após RX foi visualizado em
subcutâneo direito.

Paciente submetido a drenagem de
torax (D) em selo d'água com fístula
apneica. Procedimento sem intercorrências.
D Realiza RX TORAX Mai contábil.

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05-11-2-10

Rua da Aurora, 19175, 51.902-10
Bairro Vitorino - CEP: 51.902-100
PE 51.016

Luiz Edson S. Junior
Secretário Geral
CRMPE - 22042

29/06/19

08:00

#Cirurgia Geral#

Via de Acesso Torácica Direita 2 cm

Exame físico: Hêmia diafragmática
traumática? Hematórax

Um vaso de D Drenagem Torácica (D) (950 ml em
6h)

Paciente orientado e acordado, entusiasmado e
dramaticamente. Nova dor, não precisa respi-
ratórios, não sedados, não febre, não
perda de consciência. Refere melhora e sua
condição presente. Contato normal
de olhos, ECG, Sinais vitais, normais,
consciente, orientado, após 24h de internação, sem
motivos.

CV: RR 20, BNF, S/S, FC 86 bpm.
AR: W/E sem RR, sem PA, FR 15 bpm, SatO₂ 98%
em RA.

04/0001-11
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05-11-2-10

Rua da Aurora, 19175, 51.902-10
Bairro Vitorino - CEP: 51.902-100
PE 51.016



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas

RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

José Clisson de Araújo Bezerra

IDADE:

Reg: 1121373

SEXO:

F ☐M ☐Cirurgia
Emergência geral

Paciente com história de acidente
automobilístico no dia 02/06/19,
com fratura luxação de cômulo (C) +
fratura de punho (D).

Vem a consulta de acompanhamento
se queixando de dispnéia aos pequenos
esforços há $\pm$ 5 dias.

Trax radiografia de tórax eviden-
ciando derrame pleural à (D).

Solicito avaliação da cirurgia

geral

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
R. 5. 100 7 11
Rua da Aurora, 175, 51.001-10

11 Avenida General Euríbio de Azevedo - Cordeiro
Recife - PE - CEP 50.030-060

Fone: 0XX 81 31845300

Rua da Aurora, 175, 51.001-10
Recife - PE - CEP 50.030-060

HGV 1002.V 1 2013

Juliana Piccini
PE 27900
28/06/19

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E. Abdomen

Sem - Inchaço, fígado, Depressão, indolente

Diagnóstico Inicial

1) Detecção pleural? Hematoma e fratura traumática?

Exames Solicitados - 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados - 1 - Especializados

Tomografia de tórax e abd. superior

Resultado de Exames

Tom X de tórax com detecção pleural volumosa e difusa e evidenciando nível hidroaéreo e evacuação de hemitórax direito

Tratamento / Procedimentos Médicos

DUPA

Código Procedimento

Ass. Médico + Cirurgião

Código Procedimento

Ass. Médico + Cirurgião

Indicação Cirúrgica - Em ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Adelina Barros
Cirurgiã Geral
CRM 34.254-0

Ass. Enfermeira + Cuidado

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Procedência

Alta ☐

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externos ☐

Observações

Assist. Social

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico

CRM/CRO

Data

Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento

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

Data

Nome completo legível

Nº da Identidade

Assinatura

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

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

Data

Nome completo legível

Nº da Identidade

Assinatura

Cadastramento: 28-05-2019 09:32 h

RAUTITACBS

Impressão

28/05/2019 09:32 h RAUTITACBS

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.151.219

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.005-010

115 74

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.151.219

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C

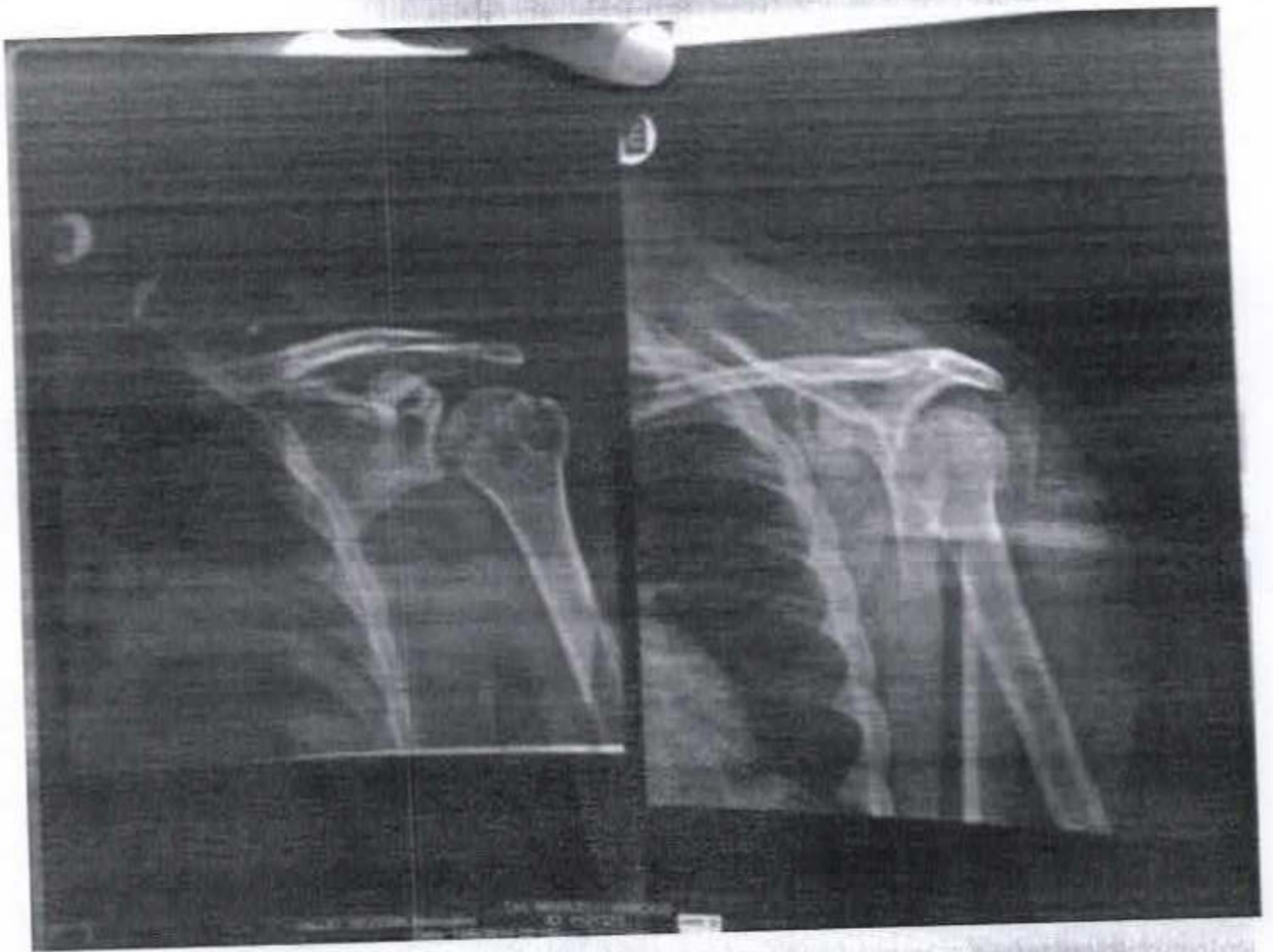
Boa Vista - CEP: 50.005-010

115 74

[illegible]

501 RY 55-76044

Memorandum for Mr. [illegible]



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

05.101.777

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-070
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

11.01.777

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-070
 RECIFE-PE

Scanned by CamScanner
 Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE FOMENTO
ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE FOMENTO



NOME
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
7959462 RDD PE

CPI
081.739.504-07 PLATA NACIMEN
27/07/1987

FILIAÇÃO
JOSE SEVERINO BEZERRA
SEVERINA ANA DE ARAUJO

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB
AR

Nº REGISTRO
06419795005 VALIDADE
16/05/2023 1ª HABILITAÇÃO
01/08/2008

OBSERVAÇÕES
CETPP
EAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 AGO 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Jose Alisson de Araujo Bezerra

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GRAVATA, PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL.
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Carlos Andreia Santos Alisson
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

1144144516
PR005640995

PERNAMBUCO

1677557934

1677557934

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENRTRAN

DETRAN - PE Nº 014488046254
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RENTR	EXERCÍCIO
1	814088448	*****	2019

NOME
AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA
CAMOCIM DE SÃO FELIX - P 0

CPI / CNPJ	PLACA
094 428 274-19	KXG9710

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	9BGXF19X04C131702

SUPORTE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS / AUTOMÓVEL	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
GM / CORSA SEDAN	2002	2004

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	CCR PRE DOMINANTE
5P / 71CV	PARTIC	PRATA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO	1° *****	2° *****
FAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	3° *****
A I	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
12.00	0.06	16.21	21/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
SEM NOTAS OBRIGATORIO
SEM NOTAS TRANSFERENCIA

Roberto Carlos
CAMOCIM DE SÃO FELIX DATA 06/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontes
IRETOR PREZ

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 AGO 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

11 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner
Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190526723 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO COM HEMOTÓRAX À DIREITA.
FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA COM DRENAGEM) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P5 P6 P9 P12 P15)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314638/19

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

CPF: 081.739.504-07

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA : 081.739.504-07

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: 11/09/2019
Nome: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA
CPF: 081.739.504-07

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



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

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615377

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGL: 3 - CPF da vítima: 081.739.504-07 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ ALISSON DE OLIVEIRA SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSÉ ALISSON DE OLIVEIRA SOUZA 6 - Nº do sinistro ou AGL: 081.739.504-07
7 - Profissão: Nôva 8 - Endereço: TRAVESSA OSLAN GUBERNA 9 - Número: 62 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: CAMUÇIM DO SUL - PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: Nôva 16 - Tel (DDD): 81 99304-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: RABELO
AGÊNCIA: 2530 5 CONTA: 611659 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que ~~assinale uma das opções~~:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (herança)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória

36 - CPF legível de quem assina a rogatória

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Camuçim (PE), 01/08/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 SET 2019

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

RECIFE-PE



Bradesco

Débito



5090 9125 1569 2206

04/21

VALIDO ATÉ

2530 5

AGENCIA DIG

06 1659 0

CONTA

02 00

DIG VIA TIPO

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/2019

Rua da Aurora, 114 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 51.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/05/2019

Rua da Aurora, 114 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 51.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Bradesco

Débito

5090 9125 1569 2206

04/21

VALIDATE

2530 5

AGENCIA DIG

0671659 0

COMTA

DIG

VIA

TIPO

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

05/12/19
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713615

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.881,25

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Valor: R\$ 3.881,25

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 00000611659-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

