

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 08/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 08/09/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Allison Pedro Soares da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura dos ossos da perna Esq.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Osteossíntese com placa e parafusos Fisioterapia motora - 20 sessões	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Dor, edema, déficit de força
2º	na perna esquerda
3º	Perda de função de 25% na
4º	perna E.
5º	

A FIRMO QUE ASSISTE/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/01/19 A 22/01/19
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiana PE 22/01/19
LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

ARUANA SEGURODORA
07 FEV 2019

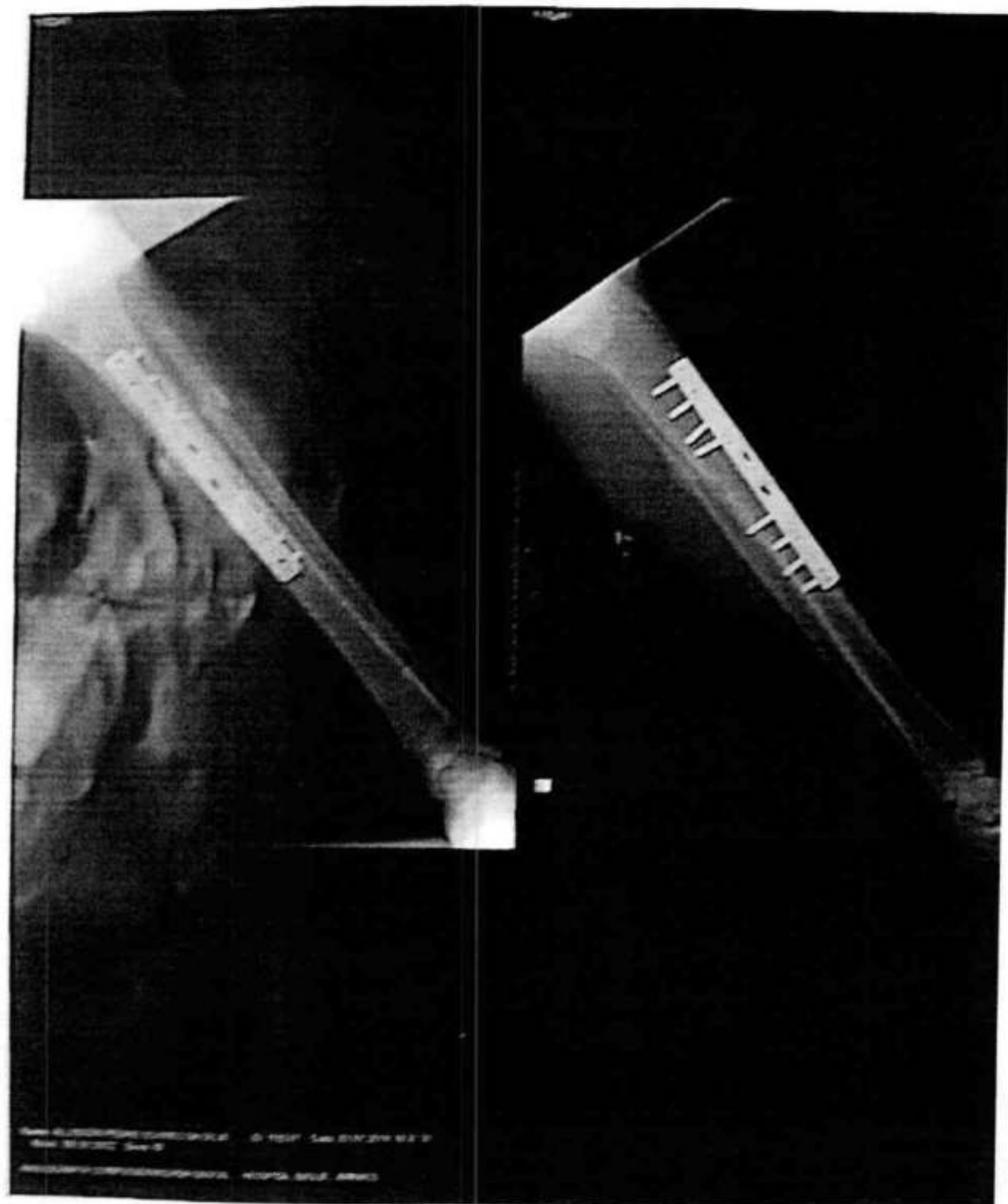
Dr. Allisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6613 / CRM-PE 17608
/ SBO 12914



ARIANA REGISTRADORA
07 FEB 2019

INTEGRAL ARJES

IMIP



SE
SECRETARÍA DE INTERIORES
DIRECCIÓN GENERAL DE INMIGRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN

SE
SECRETARÍA DE INTERIORES
DIRECCIÓN GENERAL DE INMIGRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN

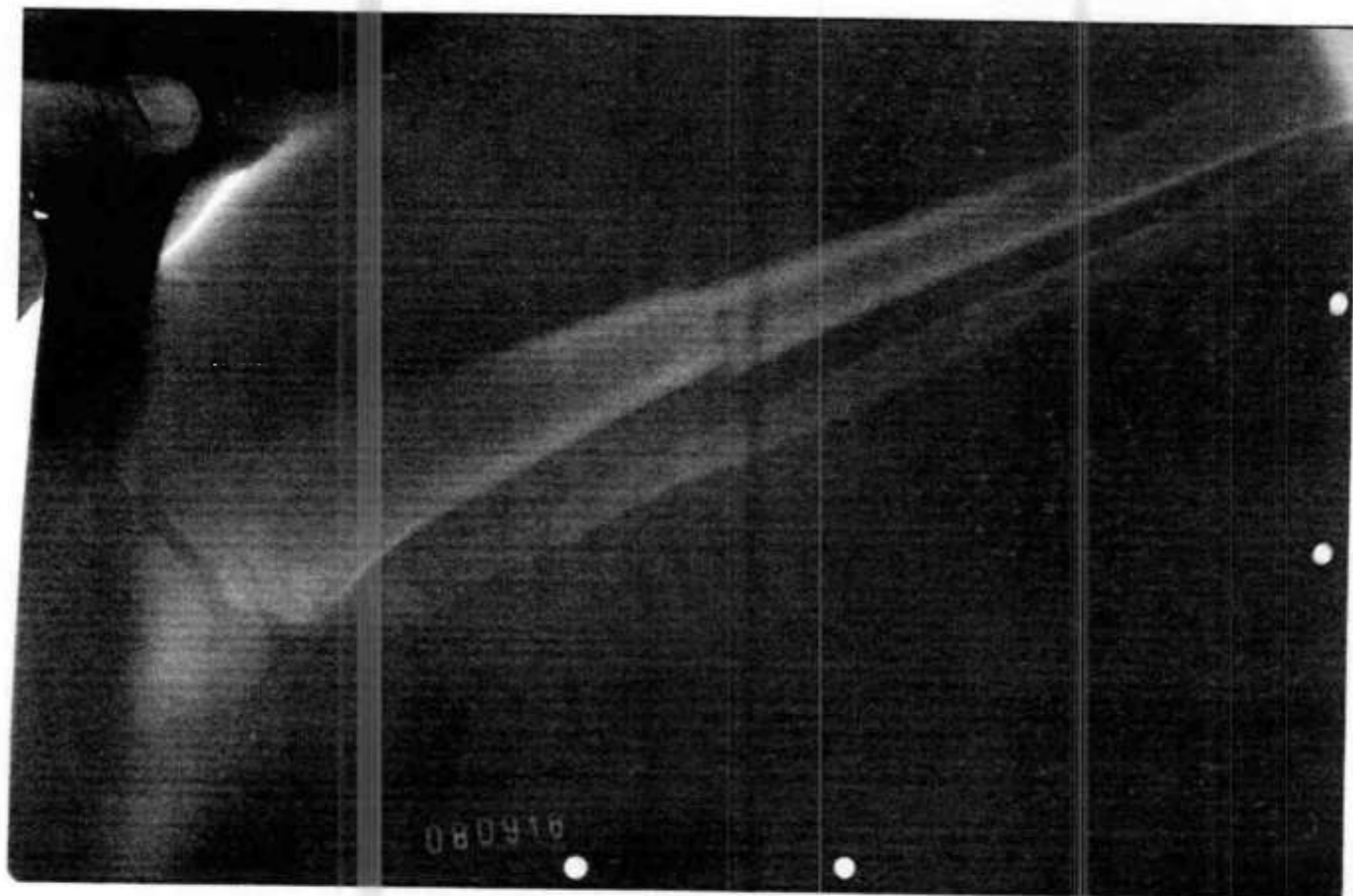


ARIANA REGISTRADORA

ARUANA - ADORA
07 FEB 2019



ARIANA STATIONARY
07 FEB 2018



080916

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.949.586 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2018

NOME << ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSINALDO SOARES DA SILVA >>
<< SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE >>

NATURALIDADE ITAQUITINGA - PE DATA DE NASCIMENTO 06/08/2002

DPC ORIGEM << 076869 01 55 2002 1 00033 233 0016132 72 ITAQUITINGA PE >>

CPF 159.758.324-38

ASSINATURA DO DETENTOR DO NTE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

11777120401085042.0435661

ARQUIVADO
31 JAN 2013

APR 18 1964
NATIONAL CENTER FOR HUMAN RELATIONS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: LUIS GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
 ENDEREÇO: RUA SANTO ANTONIO, 1000 - FLORESTA - RECIFE - PE
 CEP: 51010-000
 DATA NASCIMENTO: 03/11/1991
 RG: 083.502.924-65
 FUNÇÃO: MARCOS ANTONIO ALBUQUERQUE DE CARVALHO
 ROBERTA ALESSANDRA MANGABEIRA ALBUQUERQUE
 INSCRIÇÃO: [] ACI: [] CAT: []
 IP REGISTRO: 04903230020
 VALIDADE: 09/01/2020
 EXPIRAÇÃO: 18/01/2018

OBSERVAÇÕES:
 SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR: [Assinatura]
 LOCAL: SAULISTETA - PE
 DATA: 12/01/2018
 ASSINATURA DO EMISSOR: [Assinatura]
 16440968206
 22044115453
 DETRAN - PE (PENHAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1019700386

PROTEÇÃO PLASTIFICAR
 1019700386

ARQUIVADO
 31 JAN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013814747045
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 Cód. Renavam: 1064927839 RNTC: ***** EXERCÍCIO: 2016

NOTA:
SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

ITAQUITINGA-PE

PLACA: 085.706.744-30 PEA2270

PLACA ANT/UF: ***** CHASSI: 9C2RG2210GR000835

ESPÉCIE DE USO: PAS. MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB.: 2015 ANO MOD.: 2016

CAT/PDT/CIL: 2P/162CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 1 VENC. COTA ÚNICA: 1ª VENC./COTAS: 1ª

IPVA 2016 QUITADO FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO/COTAS: 1ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 10F (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 23/04/16

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL: ITAQUITINGA-PE DATA: 23/04/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAU. SEGURO DPVAT

PE Nº 013814747045 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

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

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

ITAQUITINGA-PE EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 23/04/16

VIA: 1 CPF/CNPJ: 085.706.744-30 PLACA: PEA2270

RENAVAM: 1064927839 MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB.: 2015 CAT/PDT: 09 Nº CHASSI: 9C2RG2210GR000835

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): 10F (R\$): TÁXILA SER INDO SEGURO (R\$):

COTA ÚNICA: PAGAMENTO: PARCELADO: DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-01

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO

01-2017



ARQUIVADO
31 JUL 2003

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	6593672
DATA DE EXPIRAÇÃO	18.12.1999
NOME	SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE
FILIAÇÃO	Maria Izidio de Alexandre
NATURALIDADE	Itaquitinga-PE
DATA DE NASCIMENTO	09.09.1980
DOC. DA SEM	C.N. 3.653-L.23-F.80V-Cart. de
Itaquitinga-PE	
ASSINATURA DO DIRETOR	

ARQUIVO SEGURADORIA
31 JAN 2003

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 8/9/18 CPF DA VÍTIMA 159.758.324-38
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DUQUE DE CAXIAS
 Nº 190 COMPLEMENTO
 CIDADE GOIÂNIA UF GO CEP 74000-000
 E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 7.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARQUIVADO

31 JAN 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190087411 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO -TÍBIA: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. ALISSON F. F. VIEIRA. CRM-PE 17606, DE 22/01/2019.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190087411 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO -TÍBIA: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. ALISSON F. F. VIEIRA. CRM-PE 17606, DE 22/01/2019.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Sandra Maria Izidio de Alexandre
RG/CNH/CTPS: 6593672 SDS/PE CPF: 085.706.744.30
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Casada
End: Lotemista Anaterio 8. Centro Itaquitinga PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PE CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

vítima: Allisson Pedro Soares da Silva

Acidente: 08.09.2018

Cobertura: Invalidez

Itaquitinga / PE, 07 de novembro de 2018.

Sandra Maria Izidio de Alexandre

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITINGA

Titular: FLÁVIO HENRIQUE SILVA POZZOBON

Telefone: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de SANDRA MARIA
IZIDIO DE ALEXANDRE. Don 16 Itaquitinga-PE 07/11/2018.

Em sete de novembro de 2018, o Tabelião
>>> Emolumento R\$ 3,59 TARR 0,80
FERC 0,40 Total R\$ 4,79.

Selo: 0159624.TY809201801.00511 07/11/2018 09:54:01
Consulte autenticidade em www.tjpe-jus.br/celedigital

NOTAS E REGISTROS DE
Antonio Carlos do Almeida, 421
CEP: 55.950-000
(81) 3508-0022
ITAQUITINGA - PE

ARQUIVADO
31 JAN 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037679/19

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

CPF: 159.758.324-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA : 159.758.324-38

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: 31/01/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Josyelli de Oliveira Cabral

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037679/19

Número do Sinistro: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

CPF: 159.758.324-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 07/02/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019

Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

CPF: 109.530.024-54

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000220-8

Conta: 000010050024-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 159.758.324-38 Nome completo da vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

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

Nome completo: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA CPF: 159.758.324-38
Profissão: Recepcionista Endereço: Loja Dratone Número: 8 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55950-000
E-mail: atendimento.goiara@gmail.com Tel. (DDD) (81) 3626-3771

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 50024 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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.

Peio 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 6.194/74, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Itaquitinga - PE 22.01.2019
Nome: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
CPF: 159.758.324-38

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Sandra Maria Z. Almeida
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
- AUTOATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

[REDACTED]
[REDACTED]

FAVORECIDO

AGÊNCIA: 220-8 CONTA: 50024-0

CLIENTE: ALLISSON F SOARES SILVA

VALOR: 0,01

DATA: 22/01/2019

ARQUIVADA
31 JAN 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0145000604**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2018 às 12:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/9/2018 às 15:31**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, NO TREVO DE CHA DE SAPE -**
Bairro: **CHA DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSINALDO SOARES DA SILVA (NOTICIANTE)
SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE (OUTRO)
ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

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

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE Pai: JOSINALDO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 6/2/2002 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Telefones Celulares:
- 93087166

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 08, LOT. ORATORIO (ULTIMA RUA, CALÇADA) (ENTRAR APOS A BIU DA OFICINA, RUA CALÇADA) - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO ORATORIO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO /BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01 - CEP: 0 - Bairro: CHA DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 9/9/1980 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 08570674436 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR
Telefones Celulares:
- 93087166

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 08, LOT. ORATORIO (APOS A OFICINA DE BIU, ENTRAR AS DIREITAS, ULTIMA RUA CALÇADA) - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO ORATORIO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO



/BRASIL

JOSINALDO SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA CONCEIÇÃO
Pai: PEDRO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 27/6/1980 Naturalidade: CONDADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 5673306/SDS/PE (RG), 03320806416 (CPF), 06066669331 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:
- 93087166

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

HONDA TITAN 160 EX COR VERMELHA PLACA PEA-2270 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SANDRA
MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE, que estava em posse do(a) Sr(a): ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN EX Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEA2270 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 106492783 Chassi: 9C2KC2210GR000835
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MOTO HONDA TG TITAN 160 EX COR VERMELHA PLACA-PEA-2270-ITAQUITINGA

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL O SR. JOSINALDO SOARES, INFORMANDO QUE NO DIA 08/SETEMBRO DESTE ANO,
SEGUIA PARA O DISTRITO DE SAPE E NA ALTURA DO CRUZAMENTO, SE ASSUSTOU COM A VINDA DE UM
OUTRO MOTOQUEIRO, FAZENDO COM QUE ELE QUEIXOSO E SEU CARONA (SEU PROPRIO FILHO), CAISSEM AO
CHAO; QUE NA QUEDA, ELE NADA SOFREU, PORÉM, SEU FILHO, (QUE TEM 16 ANOS DE IDAD), SOFREU
FRATURA EXPOSTA NA PERNA EAQUERDA; QUE LOGO APOS, (ALGUÉM AVISARA), CHEGOU UMA AMBULANCIA
E LEVOU SEU FILHO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE DEU ENTRADA E FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL
MIGUEL ARRAES, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, RECEBDO ALTA NO DIA 14/09/2018.

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

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE
(OUTRO)

JOSINALDO SOARES DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: Kelsius Klean Das Neves Silva - Matrícula: 387323-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 159.758.324-38 Nome completo da vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

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

Nome completo: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA CPF: 159.758.324-38
Profissão: Recepcionista Endereço: Loja Dratone Número: 8 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55950-000
E-mail: albuquerqueia.guiana@gmail.com Tel. (DDD): (81) 3626-3771

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 50024 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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.

Peio 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 6.194/74, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Itaquitinga - PE 22.01.2019
Nome: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
CPF: 159.758.324-38

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Sandra Maria Z. Almeida
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Senha - 5508625

Secretaria de
SaúdePREFEITURA DE
ITAQUITINGA
CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDEPREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-SUS
UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Paciente	Alison Pedro Soares da Silva	DATA	08/09/18
Data nascimento	Idade 16 anos	Registro	047 192
Sexo	M F Cad SUS	Hora de Chegada	15:31
Documento		Hora de Saída	21:00
Endereço	Lot Oratório		
Filiação	Sandra Maria Pedro Alexandre		
Profissão/Ocupação			

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL	
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Tonturas
<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Confusão Mental
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Cefaléia
<input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais	<input type="checkbox"/> Diarréia
<input type="checkbox"/> Parese ou Paralisia de parte do corpo	
<input type="checkbox"/> Dor Local	
<input type="checkbox"/> Sangramento Local	
<input type="checkbox"/> Outras queixas	

ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MEDICAMENTOS

<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Asma Brônquica	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Enfisema
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> A.V.C.	<input type="checkbox"/> Outro		
<input type="checkbox"/> Uso de Medicamentos				
Classificação: Vermelho (), Amarela (), Verde (), Azul ()				Enfermeira Coran - PE

SINAIS VITAIS:

PA	X	mmHg	T	°C	P	bpm	FR	rpm
Peso	Kg	HGT	mg/dl	Saturação	%			

AVALIAÇÃO MÉDICA:

Queixa Principal / Histórico da Doença:
Paciente sofreu queda de motocicleta e encontra-se com dor intensa e imobilidade da perna esquerda.
Solicitou Nova Sinais para o paciente às 20:30h.
EXAME FÍSICO: Sinais: 5508626
Dr. Miguel Amaro - Traumatismo ortopédico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / CONDUTA

① Transferir para ser avaliado pela ortopedia
H. Regional de Limoeiro
Senha: 5508625

Dr. Danilo Augusto Silva
Médico
CRM/PE 11630MÉDICO - CRM/PE
0503062064
0301066053

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00220-8

CONTA: 000010050024-2

Nr. da Autenticação 989B8B50B60219AC

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 262 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE
CPF: 085.706.744-30 NIS: 1889096345

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO ORATORIO 8

CENTRO/ITAQUETINGA
55960-000 ITAQUETINGA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

03/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,55

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

044155701

CONTA CONTRATO

004002526870

Nº DO CLIENTE

2002460899

Nº DA INSTALAÇÃO

0001486158

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1239.BEBA.5D0D.B63B.47C5.7650.F755.4940

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18441285	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,31613598	22,12
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,00
Multa por atraso NF 040454602 - 23/11/18			0,55
Juros por atraso NF 040454602 - 23/11/18			0,18
Atualização IGPM-NF 040454602 - 23/11/18			0,08
TOTAL DA FATURA			29,55

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	27,76	0,79	0,21
			27,76	3,61	1,00

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17826880
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30293900

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo até 30 kWh		0,17826880	DEZ	18		100
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		0,30293900	NOV	18		97
			OUT	18		98
			SET	18		75
			AGO	18		80
			JUL	18		91
			JUN	18		81
			MAI	18		93
			ABR	18		94
			MAR	18		80
			FEV	18		80
			JAN	18		70
			DEZ	17		96

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	12,31	44,34
Transmissão	5,82	8,58
Distribuição (Gás)	6,51	30,68
Energia Saneidade	1,23	4,43
Tributos	1,24	4,36
Perdas de Energia	2,88	9,94
TOTAL	27,78	100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,31	44,34
Transmissão	1,82	6,16
Distribuição (Celpe)	6,51	22,03
Energias Sotais	1,23	4,16
Tributos	1,21	4,06
Perdas de Energia	2,88	9,74
TOTAL	27,76	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000040849793	CAT	23/11/2018 15.477,00	24/12/2018 16.517,00	31	1,0000	0,00	100,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico					
					Limite DICRI: 0,00
ESD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,91					
Tipo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e garanta o melhor preço: avenida Antonio Carlos de Almeida Centro / posto de medicamentos nossa av: av Antonio Carlos de Almeida 387 centro/Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 28/04/02 - R\$ 27,01.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004002526870	12/2018	29,55	03/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838900000005 295500110041 002526870105 153822854837

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiz Guilherme Mangabeira de Carvalho
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sandra Maria Lúcio de Azevedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.706.744 / 30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Allison Pedro Soares da Silva
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 159.158.324 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>amabonera.goiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 3626-3771</u>

Local e Data: Goiana - PE 22.01.2019


Assinatura do Declarante

ARQUIVADO
31 JAN 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra Maria Izidio de Alexandre,
RG nº 6593672, data de expedição 18/12/19,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 085106744-30, com
domicílio na cidade de Itaquitinga, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João Constantino, nº 8,
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 ALLISON PEDRO SOARES DA SILVA, cujo o condutor era
JOSEMARCO SOARES DA SILVA.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG Titan 160 6X
Ano: 2015
Placa: PEX 2270
Chassi: 9C2KLC2210GR000835
Data do Acidente: 08.09.18
Local e Data: Itaquitinga PE 07/11/2018

Sandra Maria Izidio de Alexandre
Assinatura do Declarante

Carimbo da Tabelionato e Registro de Itaquitinga - PE

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



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 08/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 08/09/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Allison Pedro Soares da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura dos ossos da perna Eq.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Osteossíntese com placa e parafusos. Fisioterapia motora - 20 sessões	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Dor, edema, déficit de força
2º	na perna esquerda
3º	Perda de força de 25% na
4º	perna E.
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/01/19 A 22/01/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Goiana PE	DATA 22/01/19
ASSINATURA E CARIMBO	

Dr. Allison F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 0013 / CRM-PE 17808
SBOT 12014



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

AT-443849

2 - CNES

6431569

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

5 - Nº Prontuário

118247

Cartão Nacional do SUS

88003477088488

8 - Data de Nascimento

06/08/2002

9 - Sexo

X 1

10 - Raza/Cor

02 - Preta

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato

8199290379

14 - Telefone de Contato

ATENDIMENTO: 443849

REGISTRO: 118247

SAME: 105268

PACIENTE: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

NASCIMENTO: 6/8/2002 IDADE: 16 SEXO: MASCULINO

MÃE: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

Pai: JOSINALDO SOARES DA SILVA

DEREÇÃO: LOT HORATORIO

nº: 8

ARQ: CENTRO

ADE: ITAQUITINGA

17 - IBGE

260780

18 - UF

PE

19 - CEP

55950000

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 08/09/2018 AS 16H, COM TRAUMATISMO EM PERNA ESQUERDA, EVOLUINDO COM DOR INTENSA, EDEMA E

RIGIDEZ.

NOME: BEG. EUPNEICO, AFEBRIL, LOTE, GLASGOW 15

SEM EDEMA DISCRETO E DEFORMIDADE, COM DOR À PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA PERNA ESQ

K

Condições que justificam a internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

24 - CID 10 Principal

8822

25 - CID 10 Secundário

W199
V29.9

26 - CID 10 Causas Associadas

04.08.05.050

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

27 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

OX CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437533

34 - Data da Solicitação

08/09/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16339

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 -) Acidente de Trânsito

37 -) Acid. Trabalho Típico

38 -) Acid. Trabalho Trajetado

39 - CNPJ Seguradora

42 - CNPJ / Empresa

40 - Nº Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CBOR

39 - Vínculo com a Previdência

Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH

261810163932-9



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

AT-443849

2 - CNES

6431569

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

6 - Nº Prontuário

118247

Cartão Nacional do SUS

288003477088486

8 - Data de Nascimento

06/08/2002

9 - Sexo

X 1

3

10 - Raça/Cor

02 - Preta

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato

8199290379

14 - Telefone de Contato

ENDEREÇO: 443849

REGISTRO: 118247

SAME: 105268

PACIENTE: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

NASCIMENTO: 6/8/2002

IDADE: 16

SEXO: MASCULINO

MÃE: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

Pai: JOSINALDO SOARES DA SILVA

ENDEREÇO: LOT HORATORIO

nº: 8

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAQUITINGA

17 - IBGE

260780

18 - UF

PE

19 - CEP

55950000

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Paciente vítima de acidente de moto em 08/08/2018 às 18h, com traumatismo em perna esquerda, evoluindo com dor intensa, edema e rigidez.

Exame: BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, LOTE, GLASSGOW 15

Sem edema discreto e deformidade, com dor à palpação e mobilização da perna esquerda.

Condições que justificam a internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

24 - CID 10 Principal

S622

25 - CID 10 Secundário

W199

V29.9

26 - CID 10 Causas Associadas

04.08.05.050

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437533

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

08/08/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 -) Acidente de Trânsito

37 -) Acid. Trabalho Típico

38 -) Acid. Trabalho Trajetado

39 -) Vínculo com a Previdência

Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

AIH
261810163932-9

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

CNS () CPF

Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Ora. Ruy Miguel
Gerente de Adm. Hospitalar
31 JAN 2019

ARIANA
31 JAN 2019



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 443780

Senha da Classificação:

0038

Data e Hora: 08/09/2018 21:57

Paciente: 118247 ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 08/08/2002

Idade: 16 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:

Estado Civil: SC

ATENDIMENTO: 443849

REGISTRO: 118247

SAME: 105268 EDIA

CRM: 12346

PACIENTE: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Endereço: LOT F

NASCIMENTO: 8/8/2002

IDADE: 16

SEXO: MASCULINO

Cidade/UF: ITAC

MÃE: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

Bairro: CENTRO

ento: WESLEYFS

PAI: JOSINALDO SOARES DA SILVA

ENDEREÇO: LOT HORATORIO

nº: 8

os / Visitantes

BAIRRO: CENTRO

Data Entrada B

CIDADE: ITAQUATINGA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de trânsito no
bit no dia 08/09/18, com fraturas em MLE

Exame Físico

Don o de fraturas de MLE
Mecor.

Hipótese Diagnóstico

Fa lesão de ossos da perna esquerda

Prescrição Médica

① Internamento

+ Dr. Simone Zuro

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

31 JAN 2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA REG: 118247

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
8/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	<p>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 08/09/2018 À 16H, COM TRAUMATISMO EM PERNA ESQUERDA, EVOLUI COM DOR INTENSA, EDEMA E DEFORMIDADE.</p> <p>AO EXAME: BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, LOTE, GLASGOW 15 MIE COM EDEMA DISCRETO E DEFORMIDADE, COM DOR À PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA PERNA ESQ</p> <p>NVC OK</p> <p>HD: FX FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA</p> <p>CD:</p> <p>1- INTERNAMENTO</p> <p>2- SOLICITO PRÉ-OP</p>
09.09.18	
08:10	<p>Ad: fx dos ossos da perna E</p> <p>Paciente evolui Estável</p> <p>sem melhora de dor em</p> <p>MDE. Be Orientado consciente</p> <p>hidratado afebril LOTE</p> <p>MIE TALO COMO ROUQUA</p> <p>CD: AB - UIVRA</p>
09.09.18	
08:10	<p>Ad: fx dos ossos da perna E</p> <p>Paciente evolui Estável sem melhora</p> <p>No hemograma - BEG Orientado Consciente</p> <p>hidratado afebril LOTE MIE TALO COMO ROUQUA</p> <p>MDE - TALO CONSCIENTE</p> <p>CD: AB - UIVRA</p>

ARQUIVADA
31 JAN 2019

11.09.18
08:05

Dr. Sora

Med. fr. dos ossos da perna ①
Paciente evolui estando 7
Juntas no momento. BB.
Orientado consciente e atento
AFIRMIL
MED - TALA COTOFODARU
CO. AG. Cirurgião

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.555

12.09.18
06:00

Dr. Sora

Med. fr. dos ossos da perna ①
Paciente evolui estando 7
Juntas no momento. BB.
Orientado consciente e atento
AFIRMIL
MED - TALA COTOFODARU
CO. AG. Cirurgião

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.555

13.09.18
05:50

Dr. Sora

Med. fr. dos ossos da perna ①
Paciente evolui estando 8
Juntas no momento. BB.
Orientado consciente e atento
AFIRMIL.
MED - TALA COTOFODARU
CO. AG. Cirurgião

Dr. Samuel Moura

14/09/18

178:00

Dr. Sora
Sot # HD 00007-113/09) RAPI com plást
+ plástico por 1000
de 1000 ①

paciente evoluiu bem, sem mais queixas
no momento

do rumo: ebe a presença de
do limbo 1/2cm, sem sinais de infecção

cd: ① Alta hospitalar com internar Antibiótico

de 1/2 litro 500mg 6/6h por 14 dias

do Ant. conforme Dr. com med. de

Filipe Guedes
CRM-PE 26.555

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 13/09/2018

Hora.: 16:21

Ficha de Cirurgia DescritivaTipo de Cirurgia : 51838
Paciente : 118247
Convênio Atend. : 1
Leito : 690
Dt. Início : 13/09/2018 15:02
Pré-Operatório : S822
Pós-Operatório : S822Sala : 0002 SALA 02
ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-14
Dt. Fim : 13/09/2018 16:18
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIAAtendimento : 443849
Carteira :
Idade : 16 Anos 7 Dias 16 Horas**Procedimentos**Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA**Equipe Médica**

CIRURGIÃO 14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**DIAGNÓSTICO: FRATURA DE DOS OSSOS DA PERNA ESQ)
CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DCP 4,5 mm + Parafusos
CIRURGIÃO: DR. CRYSTIAN
AJUDANTE: DR. MATHEUS PASSOS, DRA. MARILIA LIMA
ANESTESISTA: DR. CLAYTON
ANESTESIA: RAQUIANESTESIAMatheus Passos Maia Coelho
Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.338

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. GARROTE EM MIE;
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
4. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
5. INCISÃO EM FACE MEDIAL DE PERNA ESQ
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE TÍBIA
7. POSIÇÃO DE PLACA DCP 4,5 DE 10 FUROS, FIXAÇÃO COM 4 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS
8. LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. FECHAMENTO DA INCISÃO POR PLANOS COM VICRYL 1.0 E NYLON 3-0;
10. CURATIVO
11. RETIRADA DE GARROTE
12. OBSERVADA BOA PERFUSÃO
13. CURATIVO;
14. REALIZAR CONTROLE COM RX;

Procedimentos Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

25 09/18

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313Matheus Passos Maia Coelho
Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.338

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARQUIVADO
31 JAN 2019

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 443780 Prontuário: 118247 SAME: 105288
Paciente..... : ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Endereço..... : LOT HORATORIO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : ITAQUITINGA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 09/09/2018

Hora Atend: 21:57 Data Atend: 08/09/2018
Idade: 16 a

UF.: PE CEP: 55950000
Plano.: PLANO UNICO

Hora Saída : 21:58

Prestador da Evolução Médica:

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARMARILHADA
31 JAN 2019

Atendimento: 443849

Dt Atendimento: 09/09/2018 - 21:57

Dt Alta: 14/09/2018 - 17:35

Paciente: 118247 ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 690 VERD2-14

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANDERSONSC

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ALYNE DE MOURA AZEVEDO

ARQUIVA SEQUENCIADORA
31 JAN 2013

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 443849

Usuário: ROBERTAMB

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA** Prontuário: 118247
Idade: 16a 1m 4d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 6/8/2002
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55950000
R.G.: 8 - CENTRO - ITAQUITINGA - PE
Endereço: LOT HORATORIO
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 9/9/2018 21:57
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 25.09.18
Endereço: - Numero: *Elan*
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 14/09/18 Hora da Alta: 8 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: *Bom condutor clínico*
Diagnóstico Principal.....: *Fratura ossa da perna E*
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: *RAFI CATH-HV 7 Anestesia*

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

D Sandra Maria Zilio de Alexandre
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

ARQUIVADO
31 JAN 2019

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/09/2018 21:52



Nome Paciente: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Cód. Paciente: 118247
Data de Nascimento: 06/08/2002
Sexo: Masculino
Idade: 16
Senha: 0038
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 443780
SAME: 105268

Adap

Período: 08/09/2018 22:11 - 08/09/2018 22:12

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UNIDADE MISTA DE ITAQUITINGA COM SENHA: 5508826
HD: FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNA ESQ, RELATO DE ACIDENTE DE
MOTOCICLETA HÁ 06 HORAS, NEGA DESMAIO E VOMITO

Observação:

HAS-DM-ALERGIAS-

Histórico sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO
MEDI-HMA

HMA - Prontuário - 08/09/2018
Sim? Não?
Local: 310841

IRYS FELIPE
COREN-PE 310841 ENF.

ARMADA COORDINADORA
31 JAN 2019

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2018 22:12