


CARTA PARA REANÁLISE

Eu, JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO número de sinistro 3200022483
e CPF 045.373.744-70, venho por meio desta, solicitar uma reanálise do meu
processo.

Depois de realizada minha perícia médica, recebi um valor inferior ao que deveria, levando em
conta as sequelas do meu pós-acidente.

Ciente de que serão tomadas as devidas providências, envio junto com essa carta todos os
documentos médicos enviados anteriormente e um novo laudo a fins de demonstrar de fato as
lesões que tive no meu acidente. Agradeço desde já a atenção.



NOME DA VITIMA

RECIFE 34 DE Januário DE 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSENILDO FRANCISCO BRITO

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 5706266 ORGÃO: SDI/PE

CPF: 045 - 373 - 744 - 70

ESTADO CIVIL: Casado

ENDEREÇO: ESTRADA DA MIRACOLA Nº 1204 - APTOS CONDOMINIO OLINDA - PE CEP: 532000-00

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 - Varzea - Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

JOSENILDO FRANCISCO BRITO

Escolha o (s) tipos (s) da cobertura: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 06/06/2019

27/12/2017 Recife

Local e data



JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019194/20

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

CPF: 045.373.744-70

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSENILDO FRANCISCO
DE BRITO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO : 045.373.744-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019194/20

Número do Sinistro: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

CPF: 045.373.744-70

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000651**

Conta: **0000032163-1**

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



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.323.744-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2002

5 - Nome completo:

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

6 - CPF:

045.323.744-70

7 - Profissão:

RECURSA

8 - Endereço:

ESTRADA DA MIRUEIRA

9 - Número:

1209

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AGUAS COMPRIDAS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.200-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0651

CONTA: 32163

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (valresco)?

☐ 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 prova rem 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

35 - Nome legível do quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível do quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 14 de Janeiro de 2020

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Assinatura da vítima/beneficiário (devidante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19EO115002672

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2019 às
12:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 6/6/2019 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DEZESSETE DE AGOSTO, 81 - Bairro:**
CASA FORTE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MIRINALVA FRANCISCO DE BRITO Data de Nascimento: 22/8/1981 Naturalidade: VICENCIA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5700200/SBS/PE (RG), 04537374470 (CPF) Estado
Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PORTEIRO Telefone:
Cellulares:
- 07232282

Endereço Residencial: ESTRADA DA MIRUEIRA 1 ATE 712, 1204 - CEP: 55000-000 - Bairro:
AQUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEICULO. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSENILDO FRANCISCO DE
BRITO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto

apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PEY6573 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)****VEICULO, (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objetoapreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)****Complemento / Observação**

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA, QUANDO O CONDUTOR E VEICULO NÃO IDENTIFICADOS NA VIA MENCIONADO ENTROU NA ESQUERDA DA VIA E COLIDIU COM A VITIMA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA UPA DA CAXANGÁ E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ATENDIMENTO Nº 721924.

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ALESSANDRA GOMES DA SILVA - Matrícula: 272892-8**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.323.744-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2002

5 - Nome completo:

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

6 - CPF:

045.323.744-70

7 - Profissão:

RECURSA

8 - Endereço:

ESTRADA DA MIRUEIRA

9 - Número:

1209

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AGUAS COMPRIDAS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.200-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0651

CONTA: 32163

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 nascituro (valresco)?

☐ 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 prova rem 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

35 - Nome legível do quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível do quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 14 de Janeiro de 2020

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Assinatura da vítima/beneficiário (devidante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)


43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

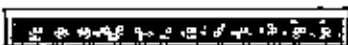
Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-06-06 16:32:31

	Nome Paciente:	JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
	Cód. Paciente:	470394
	Data de Nascimento:	22/09/1981
	Sexo:	Masculino
	Idade:	37
	Senha:	OR0040
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1309845 
SAME:		

Período: 2019-06-06 16:32:31 - 2019-06-06 16:34:37

Prioridade:	NAO URGENTE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, OCORRENCIA: 637748, BASICA-15-RECIFE, VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO EM VIA PUBLICA HOJE, COM DOR E LESAO EM MSD.
Observação:	HAS- DM- ALERGIA-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA LEVE
Discriminador(es):	- DOR LEVE - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 4 - CAPNOGRAFIA: 97.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 94.00 BPM - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM - GLICOSE: 128.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG - P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-03 08:14:37

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 000000032163-1

Nr. da Autenticação 5AA2BD32EB16C453



LIMITAÇÃO DE CREDITO
Quanto você pode gastar no cartão **R\$ 677,76**
compensa a vista

Vencimento: **03/06/2019**
SEGUNDA-FEIRA

FATURA
ANTERIOR

Total a pagar
R\$ 228,93

Créditos
R\$ 165,78

FATURA
ATUAL

Saldo da fatura anterior
R\$ 63,15 (X)

Compras e Débitos
R\$ 119,83 (Y)

Total a pagar dessa fatura

R\$ 182,84 (X+Y)

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,84

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$ 93,07

PARCELAMENTO

12x de R\$ 30,32

Total: **R\$ 363,84**
Juros: **15,99% a.m.**

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS			
Data		Descrição	
		Total da fatura anterior	128,93
02/05	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		-160,39
28/04	CREDITO		-15,78
08/05	PARCELA DE COMPRA - SUPERMERCADOS ARCO IRIS	PARC.1/2	58,79
19/05	PARCELA DE COMPRA - SUPERMERCADOS ARCO IRIS	PARC.1/2	54,51
22/05	ANUIDADE DIFERENCIADA		7,99
22/05	IOF ROTATIVO		0,40

OUTRAS OPÇÕES DE PARCELAMENTO

A 10x de **R\$ 32,60**
Total: **R\$ 326,00**
Juros: **15,99% a.m.**

B 9x de **R\$ 34,21**
Total: **R\$ 307,89**
Juros: **16,99% a.m.**

C 8x de **R\$ 36,28**
Total: **R\$ 290,24**
Juros: **15,99% a.m.**

D 3x de **R\$ 71,80**
Total: **R\$ 215,40**
Juros: **16,99% a.m.**

- Para pagamentos entre R\$93,07 e R\$30,32 buscaremos a oferta de parcelamento com o valor da parcela imediatamente inferior ao valor pago, considerando-o como "bônus" no plano. Para aderir aos outros parcelamentos oferecidos deve ser pago o valor exato da entrada (indutivo de centavos).
- Como queremos antecipar parcelas, com desconto proporcional dos juros, entre em contato com nosso atendimento.
- Verifique disponibilidade de outros planos de parcelamento entrando em contato com nosso atendimento.



www.fortbrasil.com.br



237-2

23792.36702 90300.263119 73000.160504 5 00000000000000

Local de Pagamento: PARA SUA CONVENIÊNCIA, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.				Vencimento: 03/06/2019	
Beneficiário: FIDC FORTBRASIL - 29.663.263/0001-00 - Av. das Américas, 3434, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ				Agência / Código Beneficiário: 2367 / 1805-5	
Data do Documento: 22/05/2019		Número do Documento: 3002631173	Especie Doc.: DM	Assin.: N	Data de Emissão: 22/05/2019
Válida até: 09		Valor: R\$	Quantidade:	Valor Monetário:	Valor do Documento: 09 / 030026311730
INSTRUÇÕES: Ao Cliente: Receber independentemente do valor. Não receber pagamentos com cheques. Ao Cliente: De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, pague qualquer valor entre o mínimo e o total e, nesse caso, estará financiando sua fatura com incidência de encargos que serão cobrados na próxima fatura. Pagamentos inferiores ao mínimo ou após o vencimento incidirão multa, encargos de mora e financiamento na próxima fatura além da bloqueio dos cartões vinculados ao mesmo CPF, ações de cobrança e registro no SPC. Verifique a disponibilidade do parcelamento da fatura. Para contratar, pague o valor exato da opção escolhida. Após 15 dias de atraso, pague na loja ou no BRADESCO. * Verifique disponibilidade * Os dados de crédito oriundos desta fatura fazem parte do seu histórico de crédito no FortBrasil.				<input checked="" type="checkbox"/> Parcelado <input type="checkbox"/> Outras Deduções <input type="checkbox"/> Outras Ações <input type="checkbox"/> Outras opções	

Por: **IRMA EURIDICE CHAGAS LEITAO** CPF: **020.592.174-40**
ESTRADA DA MIRUEIRA, 1204 APOS PONTO MOTO TAXI
AGUAS COMPRIDAS
53200000 OLINDA - PE



Rota de Compensação AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FERNANDA

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/minhaOi

FATURA DE
NOV/2019
CÓDIGO MINHA OI
401673631287

VENCIMENTO
02/12/2019
Emissão em 15/11/2019
Período de 13/10/2019 a 13/11/2019

PAGAR (R\$)
106,93



CIC RECIFE PE 01
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CA
JD TERESOPOLIS DOIS
50970-230 - RECIFE - PE



**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa de sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS	84,89
OI MÓVEL	
+ Serviços Adicionais	19,90
+ Pacotes Adicionais do Móvel	0,00
TOTAL DE MENSALIDADES	104,79
Multa e Juros	2,14
TOTAL DA SUA FATURA	106,93

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69
NÚMERO DO CLIENTE: 2888783434
NÚMERO DA FATURA: 302903067
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401673631287

**CÓDIGO MINHA OI
401673631287**

www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

Os valores da sua fatura nos últimos meses

Nov 2019	106,93
Out 2019	104,79
Set 2019	106,90
Ago 2019	104,79
Jul 2019	106,93
Jun 2019	106,92

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês por cada dia. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio do 1º notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Biquêdo Parcial, a assinatura da sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa). 30 dias após a Suspensão Total.



CLIENTE
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

FATURA DE
NOV/2019

VENCIMENTO
02/12/2019

VALOR
106,93

DÉBITO AUTOMÁTICO
401673631287

OI MÓVEL S.A.
Atendimento ao Cliente - 105
Nossa
Central - 0800 010 0100
CPF: 06.850.000/0001-11
Inscrição Estadual: 02.411.240/01-01
Inscrição Municipal

OI MÓVEL S.A.
Rua Boqueirão, 100 - Recife
Av. 10 - 13100-000
01310-000
FAX: 0800 010 0100
Recife, PE - 51020-000

84610000001-3 06930113288-7 87634340302-1 90306700100-3





Capital e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 00

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 → SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 25

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

A Circular SUSEF nº 445/17, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a considerar cada uma das questões elencadas no questionário de identificação, e, portanto, deve ser anexada aos documentos de identificação da pessoa, 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 CCAJF.

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 SISTÊMIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSEILDO FRANCISCO DE BRITO inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.373.744/70

do sinistro de DPVAT cobertura INNA UNDEF da vítima JOSE NILDO FRANCISCO DE Brito

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.373.744, 70 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____, e apresento os documentos comprobatórios;

NOTICE

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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.

Complementor:
CASA

CEP:
60.870-230

E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com

Tel.(DDO):
81 98552-9424 / 81 99472-7853

[illegible]

Assinatura do Declarante



Nome: 170394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Sexo: Masculino Contatos: / 81-97232363

Idade: 37a 9m Nascimento: 22/09/1981

Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO

Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019

Prontuário: 00470394

Nº Atendimento: 01309845

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema no punho direito + ferimento no dorso do 4º raio da mão direita após acidente motociclístico hoje.

EXAME FÍSICO:

Ferimento no dorso do 4º raio da mão direita
Edema com bloqueio algico do punho direito

DIAGNÓSTICO:

1. Luxação exposta da IFP do 5º QPD
2. Fratura do rádio e ulna distais





Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-97232363

Idade: 37a 9m
Nascimento: 22/09/1981

Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO

Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019

Prontuário: 00470394

Nº Atendimento: 01309845

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Rx da mão direita - Fratura com desvio dorsal do radio e ulna distais direitos + Luxação dorsal da IFP do 5o QDD

CD: 1. Transfiro paciente para tratamento cirurgico

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. Filipe Mesquita
CRM: 21360

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Sexo: MASCULINO
Idade: 37a 9m
Nascimento: 22/09/1981
Contatos: / 81-97232363

Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO
Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019

Prontuário: 00470394

Nº Atendimento: 01309845

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 06 DE JUNHO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

Dor e edema no punho direito + ferimento no dorso do 5o raio da mão direita após acidente motociclístico hoje, 06/06/2019.

EVOLUÇÃO:

Rx = Luxação exposta da IPP do 5o QDD + Fratura do rádio e ulna distais com desvio dorsal.

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. André Vasconcelos
CRM: 11112

MEDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-97232363

Idade: 37a 9m
Nascimento: 22/09/1981

Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO

Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019

Prontuário: 00470394

Nº Atendimento: 01309845

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

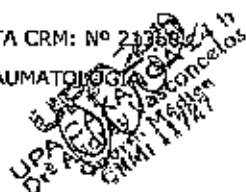
1. Luxação exposta da IFP do 5o QDD
2. Fratura do rádio e ulna distais

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

Transfiro paciente para tratamento cirurgico

MÉDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



DECLARAÇÃO

Número do Boletim

73829

Local:

AV DEZESSETE DE AGOSTO - Casa Amarela

Data:

06/06/2019

Hora:

15:45

Veículo(s) de Placa(s)

PCY6573 - PES3539 - - -

Natureza do acidente

Abalroamento Transversal

Vítima(s):

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO - - - - -

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 11 de julho de 2019

Celso Rodrigues
Chefe do SPM
Mat. 8688-6
Autarquia CTTU / Rec.Fabiano Ferraz
Diretor de Trânsito**CTTU**

AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC

Ass. Rec.

Mat. Nº 8688-6

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260

CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81) 3232.5328

Email: cttu@recife.pe.gov.br



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX813184

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que, JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO, REG.: 1121943, encontra-se internada no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital desde o dia 06/06/19 até a presente data, atualmente na Enfermaria 103 Leito 01, sem previsão de alta hospitalar.

Recife, 19 de JUNHO de 2019


Dr. Lucena
Recife
CRM-PE 27709



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

1. Ocorrência da Emergência: 731915

1.1 - atendimentos em: 06/06/19

1.2 - Às 22 horas e 53 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1121943

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em: 29/06/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO + FRATURA EXPOSTA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 07/06/19 - LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + IMOBILIZAÇÃO. 2) CIRURGIA EM 27/06/19 - OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO RÁDIO DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO À CAMINHO DO TRABALHO.

DATA: 27.8.2019

HORA: 11:19:03

PASTA: 01.08.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

SJR
06-26-19
Jul 26



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Data: _____
CPF: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
CEP: _____
Nome: _____
Acom: _____

ATENDIMENTO: 731915

Prontuário: 1121943

HGV- Hospital Getúlio Vargas
Prontuário: 1121943
Paciente: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO
Nascimento: 22/08/1981 Idade: 37 Anos 8 Meses
Sexo: MASCULINO
Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO
Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA DESCOBERTA - RECIFE - PE - Cep: 52191170
Prestador: HOSPITAL GETULIO V DATA: 06/07/2019 N°: 23.28 Usuário: GERALDOM

Cor: _____
CNS: _____

Nº: 25
Estado: PE

Profissão: _____

Nome do Conjuge: _____
Local de Procedência: UPA CAXANGA
Clínica: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 5700335 TEC. CARLOS (RELATA ACIDENTE INDO TRABALHA COLISAO MOTO + CARRO APRESENTAND

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO
Queixa Principal / HDA: *RESENT DOR, DIFORMIDADE E FEMINTOS EM PUNHO E*
IN TO ACIDENTE DE TRAFICANTE E TITOM E QUE APARECE A DESON
ALIDADE HAVENDO ADO. NO SQUINOCCTUO DIREITO APOTACIDM H.

História do Trauma:
Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: _____
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: _____ Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: _____
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: _____ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: _____ m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: _____ Transporte Realizado por: _____
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que: _____

Observações: *E QUE ACIDENTE ATUAL APARECE FEMINTO EM 5*
QUINOCCTUO DIREITO

Exame Físico:

A: Geral *Bom* Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: _____ C°
COMO, EUPHEICO, HEDMTADO.

Respiratório

Non mm.

C: Circulatório PA: _____ x _____ mmHg Pulso: _____ bpm

Non mm.

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora
Escore: _____ Hora: _____ Escore: _____ Hora: _____ Escore: _____ Hora: _____

Non mm.





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen <u>Não</u>	
<u>5 cm dm, deformidade e penitidos em ponto a 5º de</u> <u>do ducto, diátese.</u>	
Diagnóstico Inicial: <u>FRATURA FECHADA DO METACARPO DÍGITO</u> <u>LUXAÇÃO EXPOITA DO 5º CARPO DÍGITO</u>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <u>AX</u>	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: <u>AO BLOCO CIRÚRGICO - PTC CIRURGIA DE</u> <u>CARPUS</u>	<u>Dr. Sérgio Tavares</u> <u>Tratamento Médico + Carimbo</u> Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição de Caso:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta a Pedido:	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, 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 deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 06/06/2019 22:53 h EDILENERS	Impressão: 06/06/2019 22:53 h EDILENERS

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 06/06/2019 22:40

Nome Paciente: JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Idade: 37

Senha: E0049

Convênio:

Atendimento:

SAME:

: 06/06/2019 22:40 - 06/06/2019 22:41

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - ENFERMEIRO(A)

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MSD APOS COLISAO MOTO X CARRO HOJE.

HAS:

DM:

ALERGIA NEGA

Observação: UPA

luxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/06/2019 22:41



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 06/06/19

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.

CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SEDAÇÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Alexandra Lucena
COREN-PE 345975-674



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGA



Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Idade: 37a 8m Nascimento: 22/09/1981

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-97232363

Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO

Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191-170

Data do Atendimento: 06/06/2019

Prontuário: 00470394

Nº Atendimento: 01309845

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 06 DE JUNHO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

Hospital Getúlio Vargas

SENHA: 5700335

QP:

Dor e edema no punho direito + ferimento no dorso do 5º raio da mão direita após acidente motociclístico hoje, 06/06/2019.

EVOLUÇÃO:

Rx = Luxação exposta da IFP do 5º QDD + Fratura do rádio e ulna distais com desvio dorsal.

Filipe Mesquita
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 21360

MEDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Idade: 37a-8m Nascimento: 22/09/1981

Sexo: MASCULINO Contatos: 81-97232363

Mãe: MARINALVA FRANCISCO-DE-BRITO Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019

Prontuário: 00470394

Nº Atendimento: 01309845

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. Luxação exposta da IFP do 5o QDD
2. Fratura do rádio e ulna distais

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

ansfiro paciente para tratamento cirurgico

Filipe Mesquita

Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 21360

MÉDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE JFP DO SQUO + FRATURA DE RADIO E ULNA DISTAIS DIREITOS

Tratamento:

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM APCSICAO DE PLACA + ANTIBIOTICOTERAPIA + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + ORIENTAÇÕES

OBS:

ALTA DADA SOB ORIENTAÇÃO DE DRA SANDRA PAIVA, RETORNO AO AMBULATÓRIO DA MÃO COM 15 DIAS. MANTER TALA, CEFALEXINA 500MG 1CP VO 5/6H POR 7 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BEG: AAA, CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

DATA DA INTERNAÇÃO

06/06/2019

DATA DA ALTA

23/06/2019

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM/PE 27709

Recife, 29 DE JUNHO DE 2019

JOSÉ VÍCTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: 1º.27709

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordão - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO Registro: 1121943

Data de cirurgia: 07/06/2019

Operador: DR. SERGIO

1º auxiliar: DR. SILVIO MR3

Anestesista: O PRÓPRIO CIRURGIÃO

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO CRÔNICA DE 5ºDDD + EXPOSIÇÃO DE F2 ATUAL + *Fratura de fêmur distal* (D)

Tipo de operação: LMC + SUTURA

Descrição operatória:

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local com lidocaína a 1%
2. Antissepsia + assepsia;
3. Aposição de campos estéreis;
4. Observado exposição de F2 de 1º DDD após trauma e luxação crônica de 5ºDDD;
5. LMC com SF0,9% -
6. Sutura da pele com Nylon 4-0
7. Curativo.
8. Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Obs: AO GRUPO DE MÃO

Dr. Juliana Pimenta
CRM-PE 12042



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSINALDO FRANCISCO DE BRITO Registro: 1121943

Data da operação: 27/06/19

Operador: DR. SANDRA LIMA 1º auxiliar: DR. DALMY PINHEIRO

2º auxiliar: DR. AGNELO JUNIOR

Anestesiista: DR. JULIO MAIA

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL À DIREITA

Tipo de operação:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Antissepsia + Assepsia de MSD;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Garroteamento de MSD
- 5) Incisão volar em punho esquerdo (via de Henry);
- 6) Divulsão por planos anatômicos até o foco de fratura;
- 7) Redução cruenta da fratura do rádio distal direito + fixação com placa bloqueada anatômica de radio distal direito + 06 parafusos bloqueados para ortese em liga de titânio e 01 parafuso cortical em titânio;
- 8) Limpeza com SF 0,9%;
- 9) Visualização da redução com fluoroscopia;
- 10) Sutura por planos anatômicos;
- 11) Sutura da pele com nylon 4,0;
- 12) Curativo local.
- 13) Observada boa perfusão distal após soltura do garroteamento;
- 14) Tala luva MSD..

Silvio Brandão Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25186

Silvio Brandão Costa
Ortopedia e Traumatologia



JOSEILDO FRANCISCO DE BRITO		01121943	
731924	MASCULINO	37a 9m 6d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 103-D1

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE IFP DO 3º QDD + FRATURA DE RADIO E ULNA DISTAIS DIREITOS

Tratamento:

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM APOSIÇÃO DE PLACA + ANTIBIOTICOTERAPIA + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + ORIENTAÇÕES

OBS:

ALTA DADA SOB ORIENTAÇÃO DE DRA SANDRA PAIVA, RETORNO AO AMBULATÓRIO DA MÃO COM 15 DIAS: MANTER TALA, CEFALEXINA 500MG 1CP VO 6/6H POR 7 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

SEG, AAA, CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
06/06/2019	23/06/2019

Recife, 29 DE JUNHO DE 2019

Dr. José Victor M. Lucena
CRM: 27709

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

02/06/19

ENFERMARIA 109- LEITO 01

REG: 1112192

PACIENTE: VERONICA MARIA BATISTA VITOR MELO

1. DIETA VO LIVRE
2. JELCO HIDROLISADO
3. VANCOMICINA 500MG, FAZER 02 FA, EV, 12/12H + 250 ML SF 0,9% → 4
4. DAPIRONA 1G + AD, EV, DE 6/6H 4
5. OMEPRAZOL 20MG - 1CP, VO, EM JEJUM 12
6. BROMOPRIDA - 01FA + AD, EV, 8/8H 5N
7. TRAMAL 100MG - 1 FA + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SE DOR INTENSA
8. CAPTOPRIL 25 MG - 01 COMP VO SE PAS >= 160MMHG OU PAD >= 110 MMHG E COMUNICAR AO MÉDICO PLANTONISTA
9. CLEXANE 40MG OU 60MG OU 80MG - 1FA SC IX AO DIA, NA FALTA FAZER HIBOR 3500 UI SC 24/24H, NA FALTA FAZER LIQUEMINE 5000UI SC 12/12H, NA FALTA FAZER HEPARINA SÓDICA 5000UI - FAZER 0,25ML SC 12/12H (NÃO FAZER CASO PACIENTE NO MAPA CIRÚRGICO DE AMANHÃ - CHECAR MAPA ANTES) 1
10. SSVV + CCGG
11. CURATIVO DIÁRIO E ACOMPANHAMENTO COM COMISSÃO DE CURATIVOS CCIH

DRA JULIANA PIVANTI
CRM 27900
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F ☐

M ☐

Josmarcio Francisco de Brito
Reitor Nobre.

Josmarcio, por entrar muito cedo,
com pouco fadiga de rodio de 11h, vítima
de acidente de trânsito, paciente submetido a
fractura simples de 1/2 diáfise do osso
femoral de fêmur - 6 horas de P.M.R. Dado
como segue por transcrição

Clín = 562/110/65

12/12/12.

NOTA: OBRIGADO
PACIENTE
SUSCIPITO A CUSTAS DO SUS

Avenida General Bar. Martin 611 - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.830-080
Fone: 0XX 81.31845570

VALIDA EM TODOS
OS TERREIROS NACIONAIS

RECIBO PLASTIFICAR

1683884162

JOSE ALDO FRANCISCO DE SAES



DOC. IDENTIDADE / ORDEM EMISSOR / UF
5708256-EDS-PB

CPF 045.975.744-70 DATA NASCIMENTO 22/03/1982

RELACAO
MAI UNTERLEDO
MARINHA VA FRANCISCO DE
SAES

EMPREGADO ADM CAT HAB AD

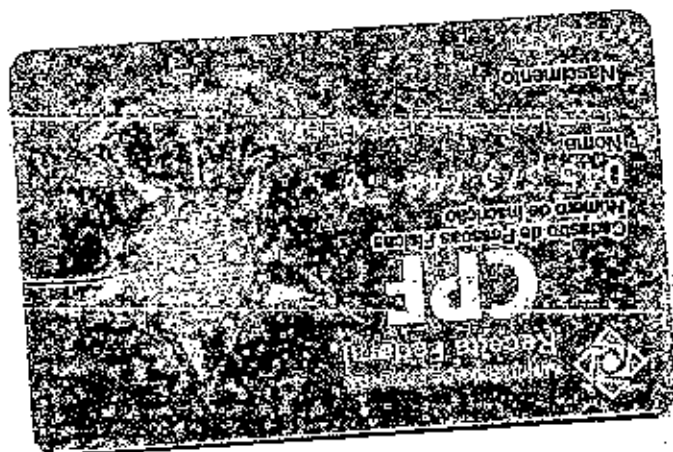
Nº INSCRIÇÃO 04580560320 VALOR 01/11/2023 PRAZOS 20/02/2025

OBSERVAÇÕES
N/A

Jose Aldo Francisco de Saes

LOCAL RECIFE, PE DATA EMISSÃO 05/12/2016

Assinado digitalmente por Jose Aldo Francisco de Saes
37310956250
PERNAMBUCO



<p>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>MINISTERIO DA JUSTICA</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE POLICIA</p> <p>COMISSARIA DE POLICIA DE INTELIGENCIA</p>	
<p>VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS</p> <p>1221607980</p>	<p>NOME</p> <p>FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA</p>
	<p>DOC. IDENTIDADE / C.R.E. EMISSOR / UF</p> <p>6163553-ADA RJ</p>
	<p>CPF</p> <p>086.539.994-69</p>
	<p>DATA NASCIMENTO</p> <p>30/06/1963</p>
	<p>FILIAÇÃO</p> <p>FERNANDO FERREIRA DE OLIVEIRA DIJANEYS BRANDAO DE OLIVEIRA</p>
<p>FUNÇÃO</p> <p>ADJ</p>	<p>GRUPO</p> <p>AS</p>
<p>PRESTIÇO</p> <p>08229556971</p>	<p>VALIDADE</p> <p>13/02/2021</p>
<p>INSCRIÇÃO</p> <p>167/09/2013</p>	
<p>DESCRIÇÃO</p> <p>SUA OBSERVAÇÃO</p>	
<p>ASSINATURA</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	
<p>LOCAL</p> <p>RECIFE PE</p>	<p>DATA EMISSÃO</p> <p>15/02/2016</p>
<p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	
<p>NUMERO DE INSCRIÇÃO</p> <p>22412554899 22471384837</p>	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015103789136
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

UA 2 COD. RENAVAM 1141748735 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

RECIFE-PE

CPF/CNPJ 045.373.744-70 PLACA PCY6573

PLACA ANT./UF *****/PE CHASSI SC2KCE2210JR022004

ESPECÍFICO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2019

CAP./POT./CIL 2P/162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS 1º *****

PAIXA LEVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2º ***** 3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11 IOF (R\$) 0.33 PRÊMIO TOTAL (R\$) 60.44 DATA DE PARAL. (R\$) 17/09/19

OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO HONDA SA

RECIFE 23/11/19

DETRAN - PE

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

PE Nº 015103789136 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

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

REGISTRE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/11/19

UA 2 CPF/CNPJ 045.373.744-70 PLACA PCY6573

RENAVAM 1141748735 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB. 2017 CAT. 09 Nº CHASSI SC2KCE2210JR022004

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) 26.05 DENATAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 49.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAG. PÓS SEGURO (R\$) 53.53

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 17/09/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.240.869/0001-04

ASSINATURA E CARIMBO DO BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO

1141748735



Seguradora Líder - DPVAT

SÉGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSEILDO FRANCISCO DE BRITO
 DATA DO ACIDENTE 06/06/2019 CPF DA VÍTIMA 045.373.744-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Pai
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO
 Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea
 CIDADE Rafite UF PE CEP 50970-230
 E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - 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 DE 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 DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E FOTÓCOPIAS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E FOTÓCOPIAS) 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\$ 2.700,00 (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 14/03/2020
 IDENTIDADE 6141955 SDS/PE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/03/2020
 NOME Eduardo
 ASSINATURA Eduardo Bors

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019194/20

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

CPF: 045.373.744-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSENILDO FRANCISCO
DE BRITO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO : 045.373.744-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges