

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618748 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR/FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 1/6/7/8/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618748 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR/FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 1/6/7/8/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 3.846.211 ORGÃO: SSPI/PE

CPF: 718 - 095 - 114 - 53

ESTADO CIVIL: CASADO

ENDEREÇO: R. JOAQUIM ALMEIDA, 503 APTº 103 BLA
CORDEIRO - RECIFE/PE 50.711.240

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

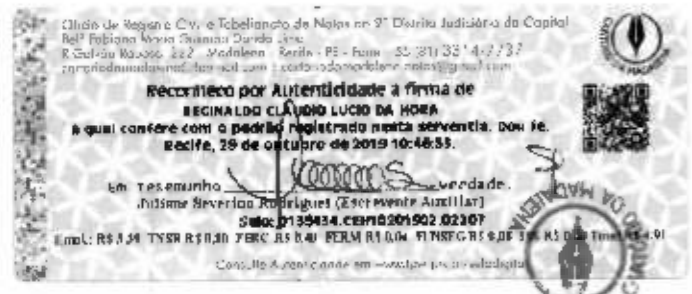
CPF: 056.639.994-69

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):



Escolha o (s) tipo(s) de cobertura

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 27/10/2018

Recife = 29-10-2019

Local e data

MARILENA

Reginaldo Claudio L. da Hora

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Número do Sinistro: 3190618748

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

CPF: 718.095.114-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

CPF: 718.095.114-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA : 718.095.114-53

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: 01/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Josyelli de Oliveira Cabral

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618748 Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do Acidente: 27/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618748

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618748

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000045**

Conta: **0000025278-3**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2002

5 - Nome completo: REGINALDO Claudio Lucio da Hora 6 - CPF: 718.095.114-53
7 - Profissão: REVISTA 8 - Endereço: RUA JOAQUIM ALBUQUERQUE 9 - Número: 503 10 - Complemento: AP. 103
11 - Bairro: CONDOR 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50711-240
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (71) 98776-9674

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0045 CONTA: 25278- 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 CNJ) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou netos (netas)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de 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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0076 - SAO LOURENCO DA MAT

DATA: 07/10/2019

TERMINAL: 1005

NSU: 000199

HORA: 10:07:45

AUT: 0007

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM DOC: 000876

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0045/013/00 025 278-3

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA MORA

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1e Via - Via Cliente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096006910**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2018** às **13:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/10/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 01** - Bairro: **CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA (NOTICIANTE)
REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA

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

MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ FIRMINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/6/1962 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2479481/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 985188905

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 503, RUA JOAQUIM ALHEIROS, AP NÚMERO 103. - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA, que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE PLACA PEC 5814.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

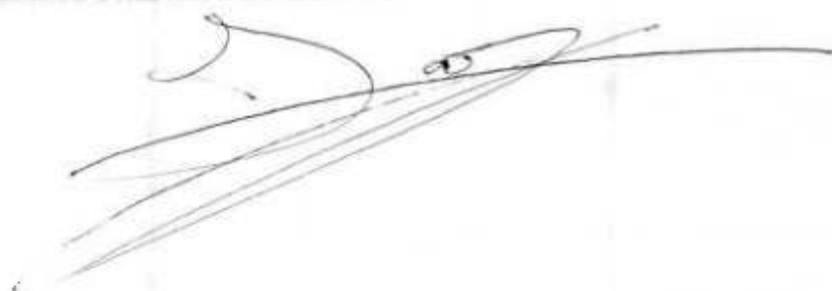
INFORMOU A NOTICIANTE QUE A VÍTIMA SUPRACITADO, QUE É SEU MARIDO, TEVE A MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DO MESMO ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDO POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO. SEGUNDO A MESMA, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, O ELEMENTO QUE CONDUZIA O AUTOMÓVEL EVADIU - SE DO LOCAL SEM, PORTANTO, ARGAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO. DIANTE DE TAL FATO, A NOTICIANTE VEIO A ESTA DP INFORMAR O OCORRIDO PARA QUE O SEU MARIDO FIQUE AMPARADO LEGALMENTE. AINDA DE ACORDO COM A NARRATIVA DA MESMA, O SAMU FOI ACIONADO, FATO QUE GEROU A DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO NÚMERO 003.11.2018.

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

** Maria do Carmo dos Santos da Hora,*

MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2002

5 - Nome completo: REGINALDO Claudio Lucio da Hora 6 - CPF: 718.095.114-53
7 - Profissão: REVISTA 8 - Endereço: RUA JOAQUIM ALBUQUERQUE 9 - Número: 503 10 - Complemento: AP. 103
11 - Bairro: CONDOR 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50711-240
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (71) 98776-9674

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0045 CONTA: 25278- 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 CNJ) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou netos (filhos de filhos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de 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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0076 - SAO LOURENCO DA MAT

DATA: 07/10/2019

TERMINAL: 1005

NSU: 000199

HORA: 10:07:45

AUT: 0007

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM DOC: 000876

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0045/013/00 025 278-3

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA MORA

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1e Via - Via Cliente



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 003.11.2018
EM: 07.11.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA**, portadora do Documento de Identidade nº **2479481** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **434.835.504-53**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-545056**, que no dia 27 de outubro de 2018, o paciente Sr. **REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA**, portador do Documento de Identidade nº **3846211** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **718.095.114-53**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 13h10, na Avenida Caxangá, nas imediações ao Hospital Santa Terezinha, em frente ao Restaurante Boi Brasa, Caxangá, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 07 de novembro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Ófício de Registro Civil e Tabelionato de Notas do 9º Distrito Judiciário do Capital
Raf. Palatino, Alexia Gusmão Duarte Lima
R. Calvino Riquelme, 292 - Macaíba - Recife - PE - CEP: 51.011-3214-7737
info@registrocivilrecife.org.br | contato@registrocivilrecife.org.br

AUTENTICAÇÃO
Autentica a presente cópia reproduzida neste
serviço, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 12 de novembro de 2018 13:07:29

Em testemunha _____ de verdade
Dionízio Manoel da Souza (Serventuário Autorizado)
Emitido: R\$ 3,41 INSR: R\$ 0,60 Total: R\$ 4,00
Selo: 0135434 OSR11201801.01404

Consulte Autenticação em www.ajpe.br/samdigital

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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

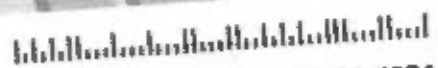
CONTA: 000000025278-3

Nr. da Autenticação D74EB99ADCF52310



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DAS CIDADES
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados



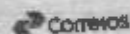
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
RUA JOAQUIM ALHEIROS 503
APT103 BL A
CORDEIRO
50711-240 RECIFE PE

PEC5814

HONDA/NXR160 BROS ESOD

Carta

90123223462013-SE/PE
DETRAN-PE



Data Postagem
17/01/2019



Pernambuco
ARTES, TENDAS & MAIS



CTC RECIFE PE PL1
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
VARZEA
50970-230 RECIFE PE



72 08096538 54304 00000000990 3 0 270819
Vencimento: 04/09/2018 Postagem: 27/08/2018



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=L&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 COAF¹.

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

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

Reginaldo Claudio Lucio da Hora inscrito (a) no CPF sob o Nº 718.095.114 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Quilômetro da Vítima Reginaldo Claudio Lucio da Hora

inscrito (a) no CPF sob o Nº 718.095.114 / 53, 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:
RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADOS

Número:
233

Complemento:
CASA

Bairro:
VARZEA

Cidade:
RECIFE

Estado:
PE

CEP:
50.970-230

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Tel. (DDD):
81 98552-9424 / 81 99472-7851

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA está internado no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital, na enfermaria 101 leito 03 desde o dia 27/10/18 até a presenta data, sem previsão de alta hospitalar.

Assinado por: *[Assinatura]*
Médico
CRUPE 20061

Recife, 31/10/2018



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente Reginaldo Claudio Lucio da Hora está internado neste hospital com data de admissão 27/10/2018 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar. Foi internado com HD: fratura de platô tibial direito + iminência de síndrome compartimental em perna direita. Realizou durante internamento cirurgias: 27/10 → fasciotomia descompressiva em perna direita + redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito tipo tubo-a-tubo.

07/11 → tratamento cirúrgico de fratura de plato tibial com placa e parafuso + fechamento de fasciotomia. Paciente em bom estado geral, consciente e orientado, eupneico ao ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril.

Atualmente segue aguardando melhora de aspecto de ferida operatória, avaliando a necessidade de novo desbridamento cirúrgico. Segue também seriando exames laboratoriais.

Recife, 23 de novembro de 2018

A. Fábio Moreira Filho M. Med
Médico
CRMPE 20881



REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA			00161894
646392	MASCULINO	48a 0m 7d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-03



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Tratamento:

07/11: TTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

OBS:

PACIENTE RECEBE ALTA ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	04/12/2018

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

Dr. Fabio Moura Rego Nogueira Leal
Médico
CRM/PE 26551



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, QUE O(A) PACIENTE SR(A). REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 04/12/2018 NO PERÍODO DE 15 DIAS.
E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.

(VALIDADE ATÉ 15 DIAS) LEI Nº 605/49, ART. 12-CLT-LEI Nº 8.213, ART. 60, § 3º-RGPS)

CID: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal
Médico
CRM-PE 26551

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.
26551



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

1. Ocorrência da Emergência: 666951

1.1 - Atendimentos em: 18/12/18

1.2 - Às 09 horas e 56 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se em 18/12/18

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 161894

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: 1) DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
2) PASSADO DE CIRURGIA FRATURA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

4. Tratamento: 1) DESCARTADA TROMBOSE. 2) ANALGESIA.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 26.6.2019

HORA: 14:35:44

PASTA: 01.01.2019

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 18.836 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido,

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen

físico e normal.

Diagnóstico Inicial:

gastroenterite aguda

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Schick neg. MS
Hemograma vlt 19/12

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução da Enfermagem:

paciente com USG 10/12 MS normal
SUP, casotoma s/ fumaça no local

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externos ☐

Assist. Social:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

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 dele não possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 18/12/2018 09:56 h JOSENEIDEAS

Impressão: 18/12/2018 09:56 h JOSENEIDEAS

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 666951

Prontuário: 161894

Nome: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data Nasc.: 27/11/1970

Idade: 48

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 71809511453

RG: 3846211

CNS: 701400633122334

Endereço: RUA JOAQUIM ALHEIROS

Nº: 503

Bairro: CORDEIRO

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50711240

Fone: 34451787

Profissão:

Nome da Mãe: CREMILDA LUCIA DA HORA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: DOMICILIO

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. POR ENF. MARGARIDA, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO EM 27/10/18, JA ATENDIDO NESTE HOSP.

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 18/12/2018 HORA: 09:56 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *paciente com trauma no tornozelo direito, dor no tornozelo direito e no joelho direito.*

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:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: Cº

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

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

Glasgow: Abertura Ocular
Score: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Score: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Score: Hora:

Glasgow 15.



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 18/12/2018 09:51

Nome Paciente:	REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	27/11/1970
Sexo:	Masculino
Idade:	48
Senha:	E0009
Convênio:	
Atendimento:	SAME:

Período: 18/12/2018 09:52 - 18/12/2018 09:53

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

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO EM 27/10/2018, EVOLUI COM DOR + EDEMA EM MID

Observação: PROCEDENTE DO AMBULATORIO, ENCAMINHADO POR DR. HIGINO

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4

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

Data Impressão: 18/12/2018 09:53



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: ____/____/____

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: _____

Avenida Getúlio Vargas - São Martinho - Cordão
Recife - PE - CEP 50.630-060
Fone: (0XX 81) 31845800



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

1. Ocorrência da Emergência: 646375

1.1 - **Atendimentos em:** 27/10/18

1.2 - **Às 14 horas e 01 minuto.**

1.3 - **Internado:**

1.4 - **Retirou-se às hr. e min.**

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 161894

2.1 - **Internado em:** 27/10/18

2.2 - **Alta em:** 04/12/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO + SÍNDROME COMPARTIMENTAL NA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 27/10/18 = FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA PERNA DIREITA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NO JOELHO DIREITO.
2º CIRURGIA EM 07/11/18 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO + FECHAMENTO DE FASCIOTOMIA COM AVANÇO DE RETALHO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

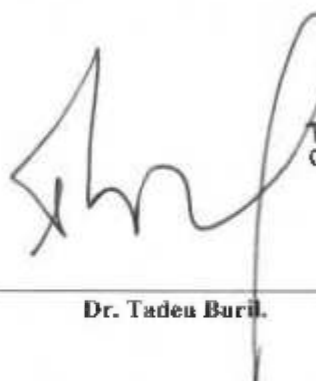
DATA: 18.11.2019

HORA: 09:12:55

PASTA: 01.11.2019

TB

RS



Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

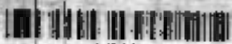
Dr. Tadeu Buril.



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



HGV Hospital Getúlio Vargas



646392

Atendimento

Prontuário: 646375

Prontuário: 161894

Prontuário: 161894

Paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nascido: 27/11/1970 Idade: 47 Anos 11 Meses

Sexo: MASCULINO

Endereço: RUA JOAQUIM ALBERTO, 533, CORDEIRO, RECIFE, PE

CPF: 50711260

HOSPITAL GETULIO V. DATA: 27/10/2016 Hr: 17:20 Usuário: MARQUE

Leito: SR 44

3445-1767

NO

Cor:

CNS:

Nº: 503

Estado: PE

Profissão:

Nome da Mãe: GRENILDA LUCIA DA HORA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. POR ENF. EMERSON, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 27/10/2016 HORA: 14:01 Médico:

Queixa Principal / HDA:

paciente vítima de queda de motocicleta
refere dor em MLD

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:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Transporte Realizado por:

Observações:

Por que:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta permeável: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: C°

TGA, Periferia, Orientado, Arterio, Pulso

B: Respiratório

RU (+) S/P.A

C: Circulatório

PA:

x

mm

Pulse:

bpm

ru no cheio:

2CH dur

2+

RNL

Sopra

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 04

Hora:

Score: 05

Hora:

Score: 06

Hora:



Glasgow 15; Inconsciente

HOSPITAL GETULIO
EMERGÊNCIA

fr. 10/10/18 → 5/10/2018



E. Abdômen	
Alto plano, deprimível, / úlcido, indolor	
Diagnóstico Inicial: (D) 1) Alta de fratura, fex + de evidência	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames: Fratura preservada	
Código Procedimento:	
Tratamento / Procedimentos: DIETA ZERO Diligência temp 100 - L 50	
Ass. Médico + Carimbo	
Código Procedimento:	
Ass. Médico + Carimbo	
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	
Evolução de Enfermagem: Do Bloco Cirúrgico MDS Alta DA	
Ass. Enfermeira + Carimbo	
Diag. Definitivo: Crânio aberto	
Definição do Caso:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito	
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐	
Assist. Social	
Observações:	
Assist. Social	
Autorização para Alta / internamento / Transferência	
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: 27/10/2018 14:01 h JOSENEIDEAS	impressão: 27/10/2018 14:01 h JOSENEIDEAS

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 27/10/2018 13:55

Nome Paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/11/1970
Sexo: Masculino
Idade: 47
Senha: E0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/10/2018 13:55 - 27/10/2018 13:58

EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO RESULTANDO DOR EDEMA EM MID NEGA DESMAIO.

Observação: PACT CHEGOU NESTA UNIDADE DE SAUDE (HGV) COM O SAMU.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Eliminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM (RÍTMICO)
- GLICEMIA: 99.00 MG/DL
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2018 13:58



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**HOSPITAL
Getúlio Vargas****FICHA PARA AVALIAÇÃO
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

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:HIPOGLUCEMIA)☒ 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: _____

Avenida General San Martin - Cordeiro
Recife/PE - 51030-000
Fone: (0XX) 81 31615800



REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA		00161894	
646392	MASCULINO	48a 0m 7d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-03

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

— **Diagnóstico:** _____
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

— **Tratamento:** _____
07/11: TTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

— **OBS:** _____
PACIENTE RECEBE ALTA ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

— **Condições Clínicas (no momento da Alta)** _____
BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	04/12/2018

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal
Médico
CRM/PE 20051



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA REG: 161894
Data da operação: 27/10/18

Operador: DR. EMILIO VERDE 1º auxiliar: DR LYSON MR2

2º auxiliar: DRA HANNA MR1

Anestesista: DRA MARIA JOSE

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO +
IMINÊNCIA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA DIREITA

Tipo de operação: FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA EM PERNA DIREITA +
REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO
TRANSARTICULAR EM JOELHO DIREITO TIPO TUBO-A-TUBO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 4) Observado no pré-operatório, apesar de boa perfusão distal em MID, edema importante e tensionamento em panturrilha direita e não conseguimos palpar pulso pedioso a direita e palpamos pulso tibial posterior a direita diminuído em comparação ao contralateral (iminência de síndrome compartimental)
- 5) Realizada incisão em face medial e lateral de perna direita (fasciotomia descompressiva) e visualizado drenagem de hematoma fraturário e moderada isquemia em tecidos musculares
- 6) Realizada redução incruenta de fratura e aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em joelho direito (Fluoroscopia não disponível no momento)
- 7) Realizada limpeza das incisões com SF 0,9%
- 8) Curativo estéril
- 9) Observado ainda boa perfusão distal ao final procedimento, porém não conseguimos palpar pulsos distais em MID

OBS: AVALIAÇÃO DE CIRURGIA VASCULAR EM CARATER DE URGÊNCIA

Dra. Hanna Emile

Médica

CREMEC 17954 / CRM-PE 26633



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Registro: 161894

Data da operação: 07/11/2018

Operador: DR. CRYSTIAN

1º auxiliar: DR. LYSON

2º auxiliar: Dra. HANNA

Instrumentador: ALEXANDRE

Anestesista: DRA LUCIANA SOUZA ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO +

FASCIOTOMIA EM PERNA DIREITA

Tipo de operação: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO DIREITO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO COM PLACA DCP EM "L" E PARAFUSOS + FECHAMENTO DE FASCIOTOMIA EM PERNA DIREITA COM AVANÇO DE RETALHO

Descrição:

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia
- 2) Retirada de fixador externo transarticular do joelho direito
- 3) Assepsia, antisepsia e aposição de campos estéreis
- 4) Observada incisões de fasciotomia em face medial e lateral de perna direita
- 5) Realizada ampliação para proximal de incisão de fasciotomia lateral em perna direita, cerca de 6cm
- 6) Dissecção por planos até foco de fratura em platô tibial direito
- 7) Realizada redução cruenta e fixação em ponte com placa em DCP 4,5 em L fixada com 04 parafusos corticais (destes, 03 distais e 01 proximal) e 02 parafusos esponjosos proximais, com controle por radioscopia
- 8) Observada redução satisfatória sob fluoroscopia
- 9) Realizada limpeza com SF 0,9%
- 10) Realizado fechamento de fasciotomia em faces medial e lateral de perna direita com Vyvril e Nylon
- 11) Realizado curativo esteril
- 12) Ao final do procedimento observado pulsos distais presentes, palpáveis e simétricos

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17934 / CRM-PE 28833



REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA		00161894
646392	MASCULINO	48a 0m 7d
CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-03		



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

___ **Diagnóstico:** _____

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

___ **Tratamento:** _____

07/11: TTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

___ **OBS:** _____

PACIENTE RECEBE ALTA ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

___ **Condições Clínicas (no momento da Alta)** _____

BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	04/12/2018

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

Dr. Fabio Moura Rego Nogueira Leal
CRM: 26551



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, QUE O(A) PACIENTE SR(A). REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 04/12/2018 NO PERÍODO DE 15 DIAS.
E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.

(VALIDADE ATÉ 15 DIAS) LEI Nº 605/49, ART. 12-CLT-LEI Nº 8.213, ART. 60, § 3º-RGPS)

CID: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

Dr. Fábio Moura Rego N. Leal
Médico
26551

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.
26551



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente Reginaldo Claudio Lucio da Hora está internado neste hospital com data de admissão 27/10/2018 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar. Foi internado com HD: fratura de platô tibial direito + iminência de síndrome compartimental em perna direita. Realizou durante internamento cirurgias: 27/10 → fasciotomia descompressiva em perna direita + redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito tipo tubo-a-tubo.

07/11 → tratamento cirúrgico de fratura de plato tibial com placa e parafuso + fechamento de fasciotomia. Paciente em bom estado geral, consciente e orientado, eupneico ao ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril.

Atualmente segue aguardando melhora de aspecto de ferida operatória, avaliando a necessidade de novo desbridamento cirúrgico. Segue também seriando exames laboratoriais.

Recife, 23 de novembro de 2018

A. Fábio Moura Filho M. Med.
Médico
CRM/RN 20881



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA está internado no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital, na enfermaria 101 leito 03 desde o dia 27/10/18 até a presenta data, sem previsão de alta hospitalar.

Dr. Ricardo A. M. L.
Médico
ORTOPEDIA

Recife, 31/10/2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME ROGERIO CLAUDIO LUCAS DA SILVA		
	DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR / F 3240212 007 PE	
	CPF 719.099.114-53	DATA NASCIMENTO 27/11/1976
	FILIAÇÃO JOSE FRANCISCO DA SILVA	
	ENDEREÇO CRUZADA LUIZA DA SILVA	
SEXO MASCULINO		RACIA BRANCO
Nº IDENTIFIC. 03376827392		VALIDADE 02/06/2019
		EMISSÃO 22/02/1997
CATEGORIA A Motocicleta		
Assinatura do Titular: <i>Rogerio Lucas da Silva</i>		
Assinatura do Detran: <i>P. P. M.</i>		
LOCAL RECIFE - PE		DATA EMISSÃO 11/04/2014
Assinatura do Detran: <i>P. P. M.</i>		Nº IDENTIFIC. 79821066434 PRO52223388
DETTRAN - PERNAMBUCO		

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
873220197

PRIMEIRO PLASTIFICADA
873220197

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1221607980

RECEBIDO PLASTIFICADA

1221607980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / CÓD. EMBOSSE / UF
6141955 SDH PE

CPF
056.638.994-68 DATA NASCIMENTO
30/06/1983

FUNÇÃO
FERNANDO FERREIRA DE
OLIVEIRA
DELEGADO BRANDÃO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
RAC
CÓD. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05229936971 VALIDEZ
13/02/2021 DATA EMISSÃO
16/06/2011

OBSERVAÇÕES
sem observações



ASSINATURA DO POSSUÍDOR

LOCAL
RECIFE - PE DATA EMISSÃO
15/02/2016

ASSINATURA DO SUPLENTE

444313044883
98971344837

DELEGADO PETERHANNOLDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483771937
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB RENAVAM 1047656806 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

RECIFE-PE 0

CPF / CNPJ 718.095.114-53 PLACA PEC5814

PLACA ANT. / UF ***** / PE Nº CHASSI 9C2KD0810FR445475

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP. / POT. / CIL 29 / 162 CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1. *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2. ***** 3. *****

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

SEM RESERVA

RECIFE DATA 03/09/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014483771937 BILHETE DE SEGURO DPVAT

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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

RECIFE-PE INÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 03/09/18

VIA 1 CPF / CNPJ 718.095.114-53 PLACA PEC5814

RENAVAM 1047656806 MARCA / MODELO HONDA / NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2015 CAT. DAB 09 Nº CHASSI 9C2KD0810FR445475

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) ROTA A SEGUIR (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.508/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SIS NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HOJA
 DATA DO ACIDENTE 22-10-2018 CPF DA VÍTIMA 718.095.114-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANCO DE OLIVEIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA: LONCOJO JOSÉ FERNANDES MACHADO
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO URZ VAREJA
 CIDADE RECIFE UF PE CEP 50930-230
 E-MAIL _____ TELEFONE (21) 9 8552-9424

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 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 DECORRÊNCIA 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\$ 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

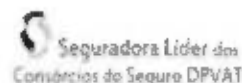
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 614955 305/PE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

CPF: 718.095.114-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA : 718.095.114-53

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: 01/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Josyelli de Oliveira Cabral