

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190696798 Data da solicitação: 13/03/2020
Nome do beneficiário: MARIA GORETE DA SILVA CPF do beneficiário: 393.317.558
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 56

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: CARTA

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CECÍLIA/PB 13/03/2020

Local e Data

Maria Gorete da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1219484604	NOME EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
		
	DOC. EXIBITADO / ORIG. EMISSOR / UF 3092028 SSP PE	
	CPF 574.940.534-68	DATA NASCIMENTO 04/06/1968
	PLAÇÃO AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
PERMISSÃO <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> OUTRAS		<input type="checkbox"/> AD
Nº REGISTRO 01410781208		VALIDADE 15/12/2020
		EMISSÃO 25/09/1986
FORNIDOR PLÁSTICAS 1219484604	OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	
	 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	
	LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIMARI - PE	DATA EMISSÃO 16/12/2015
	 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	
	47587078291 78570298467	
DETRAN - PE - PERNAMBUCO		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015100742139
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDS RENAVAM 280133553 RJTRC ***** EXERCÍCIO 2019

JOSE HELIO DE SALES

OLINDA-PE

251.824.228-73

PLACA REG9936

PLACA ANT / UF ***** / PE

CHASSI PC2JC4110CR201350

ESPECIE TIPO 223 / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CL 125 / 124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

VEIC. COTA ÚNICA 1 *****

PARA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS *****

2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 50.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 50.43

DATA DE PAGAMENTO 15/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

OLINDA

Roberto Sales

DATA 09/10/19

DETRAN - PE

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

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

JOSE HELIO DE SALES

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

OLINDA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/10/19

251.824.228-73

PLACA REG9936

RENAVAM 280133553

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011

ANO MOD. 2012

CHASSI PC2JC4110CR201350

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) 50.05

DETRAN (R\$) 1.01

CUSTO DO SEGURO 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.22

TOTAL SEMPRE NO SEGURO 54.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 19/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.540.002/0001-04

USANDO O GUARDE O BILHETE DE SEGURO NO 2º DE PORTO OBRIGATORIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

8400-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO QUEIROZ DE OLIVEIRA

PROIBIDO PLASTIFICAR



Maria Gorete da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

52.323.431-4

DATA DE EMISSÃO 18/NOV/2013

MARIA GORETE DA SILVA

SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA

E MARIA JADEILDA BARBOSA

NAT. NACIONALIDADE SURUBIM -PE

DATA DE NASCIMENTO 01/SET/1983

SANTA CECÍLIA-PE

SANTA CECÍLIA

CN:LV.A001/FLS.092V/N.000368

CPF 393317558/56

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/80

178.772 150719 1749

Claudete

Ednaldo

X Celso motorista

He Goulte de Silva x 35
 PB 150 Sta Cecilia

Elvira Souza ⁰²²⁰
 Willyan

70 981

500 ml + 500 ml de Tiliol + 100 g + 100 g de
dipirona

Dra. Ana Maria ~~da~~ S. Anselmo
MR. Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 78456

For. conciente e orientado, relata
dor um membro inferior esquerdo,
apresentando visível fratura fechada
de fêmur, m. c. p. m. e deslocado
transporte p/ hosp. de tratamento.

Alcanil - PB

Clara Sora

GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1944657

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 15/07/2019

Atendente : acolhimento

Nascimento: 01/09/1983

CEP: 58463000

PACIENTE: MARIA GORETE DA

SILVA

Endereço: JOSE MOURA

Sexo: F

Telefone:

Cidade: Santa Cecilia

Idade: 035

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JAELDA BARBOSA

RG:

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão: AGRICULTORA

Estado Civil: União Estável

Data de

CNS: 700607902385262

Atend: 15/07/2019

CONVÊNIO: SUS

Hora: 20:10:03

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO MOTO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Poli-trauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto-moto há cerca de 1 hora e 30 min. Vítima não usa capacete mas usa cinto de segurança. Movimentos de membros superiores e inferiores com dor e limitação de mobilidade com prancha e colar. Refere dor em HIE

ALERGIA:

Nada

MEDICAMENTOS:

Nada

PATOLOGIAS:

Nada

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Set02

(A) Via aérea permeável e sem obstrução. (B) Via aérea permeável, com

obstrução parcial. (C) Via aérea obstruída. (D) Via aérea obstruída com

obstrução total. (E) Via aérea obstruída com obstrução parcial.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

(X) Radiografias: Anteroposterior

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

OBS:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/07/19 #Cirurgia Geral #
22h20

Paciente estável hemodinamicamente.

Abd.: Ir-dolor AR: MUE em ATIT SI RA.
FAST+ Rx tórax: SI Alteração.

cd: Nota de Cirurgia Geral
p/ Dato polia.

CRM-PB 10592 / CRM-PE 23727

Dr. Jéssica Fonseca
CIRURGIA GERAL

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Maxia Geni da Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

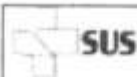
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA GORETE DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1944767

7 - CARTÃO DO SUS

700607902385262

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1983

9 - SEXO

Masc ☐Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JAELDA BARBOSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

JOSE MOURA, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com dor, edema e deformidade em coxa (E), além de limitação funcional.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exame clínico + radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura diafise fêmur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar / Trat. cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

03

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

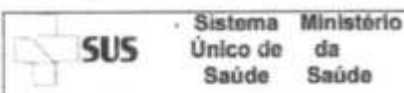
() CPF

47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA GORETE DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1944767

7 - CARTÃO DO SUS

700607902385262

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1983

9 - SEXO

Masc ☐ F ☒Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JAELDA BARBOSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

JOSE MOURA, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - CDD INGE MUNICIPAL

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de trânsito com lesões e dor no membro superior direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

lesão de membro superior direito.

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

Exame clínico e radiológico.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

03

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Maria Vaz de Silva</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
CIRURGIA			CIRURGIÃO			
ANESTESIA			ANESTESIA			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO		FIM	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p/ O ₂ g.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido I/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidól amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio I/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacet ml		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda foiley	Qtd. (142)	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
	Agulha p/ raque n°					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS		
				() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
				() Serra	() Eletrocautêrio	
				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo	
				() Foco Frontal	() Cardiomonitor	
				() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Téc. de Enfermagem

COREN-PB 001227.391

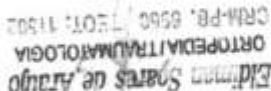
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

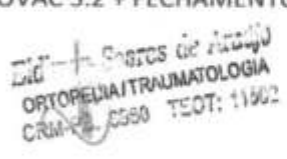
HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME			IDADE	SEXO	COR	
URINA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	FECES		ACTUA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS	
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O'					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
CÓDIGOS						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
VP. ARTERIAL: O.P.U. SO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						Com câmbio: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES								
TÉCNICA						CÂNULAS		
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: MARIA GORETE			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE RIBEIRO		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR SOCORRO		Anestesia : BLOQUEIO	
Diagnóstico Pré-operatório : FX S MTC E			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- REDUÇÃO CRUENTA 05- FIXAÇÃO COM 1 FIO k 06- LAVAGEM SF0.9% + SUTURA + CURATIVO 07- TALA LUVA TIPO GARRAFA;			
			

Nome do Paciente: MARIA GORETE			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN + DRa ANA		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR SOCORRO		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSÍNTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<h2 style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</h2>			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS</p> <p>05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS</p> <p>06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA 4.5MM DCP LARGA 12 FUROS;</p> <p>07- FECHAMENTO + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO</p> <p>08- DRENO HEMOVAC 3.2 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS</p> <p>09- CURATIVOS</p> <p style="text-align: right;">  ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM: 6580 TEST: 11502 </p>			

**GOVERNO
DA PARAÍBA****GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019

Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1944767

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: 0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MTC E

Data: 27/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 4:

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COSTA VE ENERGIA ELETTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-907

CNPJ 10.836.932/0001-08 | Insc. Est. 0008943-83 | www.cofma.org.br

DADOS DO CLIENTE

ACQUA NERA D'ORATE A FERNANDEZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

CFR 945.234-444-01

CENTROVIRAL RIM

SURUBIM PE

55750-000

CLASSIFICAÇÃO

BUTCHER AND
RENNER

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	EMISSÃO
01787-278387	CLAYTON	07/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA IMPLANTAÇÃO
01/10/2019	2011130438	175330

7005749888 10/2019

DATA DE INGRESSO	DATA DE SAÍDA
14/10/2019	07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

102.74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (M³)	158,00000000	0,9706952	87,51
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrato Ban. Público Municipal			8,54
ICMS Subversão do C/D - NF 086224779-04/0219			0,76
ICMS Subversão do C/D - NF 077044282-05/0619			0,76
Multa por atraso NF 075948284 - 04/0919			1,35
Juros por atraso NF 075948284 - 04/0919			0,11

TOTAL DAFATURA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
C107948	LAT	04-08-2019	26.130,00	07-10-2019	26.237,00	55	1.000,00		108,00

...continued

Month	Year	Value
Jul	19	100
Aug	19	80
Sep	19	100
Oct	19	80
Nov	19	100
Dec	19	100
Jan	20	100
Feb	20	100
Mar	20	100
Apr	20	100
May	20	100
Jun	20	100

INFORMATION SERVICES

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
93,00	25,00	23,25
93,00	1,25	1,16
93,00	0,95	0,88

COMPARAÇÃO DO COMISSÃO

Grupo de Energia	Q1	Q3	Q1-Q3
Carbimais	20,40	21,00	0,60
Carbimais	3,70	3,80	0,10
Distribuição (Cabo)	19,80	21,00	1,20
Perdas de Energia	6,10	6,30	0,20
Energia Solarizada	4,20	4,30	0,10
Eólica	26,50	27,20	0,70
Total	83,80	86,60	2,80

Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc.

TRAFFIC APPLICATION

TRAFFIC APPLICATION

References

REFERENCES AND NOTES

[illegible]

INFORMACIÖR IMPORTANTE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Prezado(a) cliente(a), informamos que a nossa empresa não possui uma loja física em São Paulo, portanto, não podemos atender pessoalmente os clientes. Para garantir a melhor qualidade de atendimento e a entrega mais rápida, todas as vendas são realizadas exclusivamente por meio de nossos canais digitais: site, aplicativo e redes sociais. Assim, pedimos que todos os pedidos sejam feitos diretamente por esses canais, para que possamos garantir a melhor experiência possível para todos os nossos clientes.

[illegible]

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE P. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA GORETE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA GORETE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-996650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98135-5022</u>

SURUBIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data:



Assinatura do Declarante

Ligado MONOFASICO
 CntSec RESMTCB1 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
 Rotatd 6-278-25-2012 Referend 06/2019
 Medid 0000828905 Emissao 11/09/2019

ENERGIA PARA: DISTRIBUCION DE ENERGIA S/A
B-220, km 25 - Cacho Rodante - Juiz de Fora/PB - CEP 57071-400
CNPJ 09.045.110/0001-40 - Ins. Est. 16.135.800-4

Posto e Fornecedor: Centro de Energia Elétrica 10000-000 270
Cód. para Dctb. Automática: 000100000000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	11/09/2019	11/10/2019	054.134.344-05 Soc. Em

UC (Unidade Consumidora): 5/1688293-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.076 de 25 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos tributos municipais, relativos ao ano de 2010 e não ainda devidos. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações de consumo, as quitações dos instrumentos emitidos aos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Junte-se ao **MOVIMENTO VACINA BRASIL**. Saiba mais em: saude.gov.br/movvacina

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
09/08/19	2181	11/09/19	2281	1	90		93
Demonstrativo							
QCD	Descrição	Quantidade	Taxa Unitária	Valor Base	Valor Base com Impostos	Valor Base com Impostos e Retenções	Valor Base com Impostos e Retenções e Diferenças
		Teórico	Taxa Unitária	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS
0601	Consumo em kWh	89.920	0.006103	94,48	94,48	18,72	94,48
0901	Adic. B Vermelha			4,60	4,60	1,15	4,60
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			9,00	9,00	0	9,00
0804	JUROS DE MORA 03/2019			1,67	1,67	0	1,67
0804	JUROS DE MORA 05/2019			0,88	0,88	0	0,88
0804	JUROS DE MORA 06/2019			0,88	0,88	0	0,88
0804	JUROS DE MORA 08/2019			0,12	0,12	0	0,12
0904	JUROS DE MORA 09/2019			0,89	0,89	0	0,89
0805	MULTA 03/2018			0,51	0,51	0	0,51
0805	MULTA 05/2018			0,50	0,50	0	0,50
0805	MULTA 06/2018			0,56	0,56	0	0,56
0805	MULTA 07/2018			0,88	0,88	0	0,88
0805	MULTA 08/2018			4,93	4,93	0	4,93
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2018			0,26	0,26	0	0,26
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,20	0,20	0	0,20
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			88,28	88,28	17,27	88,28
TOTAL							
Tributos e Tributos				0.599770			

Media últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
18/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 96,28

Histórico de Consumo (kWh)

#	27	37	38	39	32	39	40	31	15	12	21
Sex/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19

RESUMEN

5801 968a 87e1 d79c 0c4b db6b 1a3f 47a1

Indicadores de Qualidade 7 (2019) 1-10

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENOR	8,05	0,00	NORMAL
DC TRASEIRO	18,11		200
DC ANUAL	22,23		
FC MENOR	3,61	0,00	CONDIÇÃO DE
FC TRASEIRO	7,22		CONTINUAÇÃO
FC ANUAL	14,45		DE TENSÃO
PARC	4,48	0,00	MAIOR DO QUE
DEB	13,20		20

Discriminazione	Valori (%)	%
Scelta del tipo di intervento	11,10	11,10
Scelta della strategia	20,00	20,00
Scelta dei protagonisti	11,10	11,10
Scelta del settore	11,10	11,10
Scelta dell'area di intervento	44,44	44,44
Scelta dell'azione	0,00	0,00
Totale	96,28	100,00

www.ck12.org

ATENÇÃO

ATENÇÃO
 Resultado Tardado - Vigência 29/08/19 - Res. ABEEL nº 1.552 - Ats. Tercs 30 - 4.479 Moed
 Resultado Tardado - Vigência 28/02/19 - Res. ABEEL nº 1.552 - Bords Tercs 30 - 4.279 Moed
 - Lata confirmada

Faturas em atraso

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: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA GORETE DA SILVA 6 - CPF: 393.317.558-56
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA GETÚLIO VARGAS 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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:
☒ RECUSO 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 22604 1 (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 (vivo/nascido)? ☐ 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, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA GORETE DA SILVA 6 - CPF: 393.317.558-56
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA GETÚLIO VARGAS 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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:
☒ RECUSO 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 22604 1 (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 (vivo/nascido)? ☐ 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, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 12/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

Hora e data do fato: 17:30H do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10hs30min do dia 29/11/2019.

Local do Ocorrido: PB 150, nas proximidades da cidade de SANTA CECILIA-PB.



COMUNICANTE/VÍTIMA: MARIA GORETE DA SILVA, brasileira, união estável, agricultora, portadora do RG Nº 52.323.431 SSP-SP, CPF Nº 393.317.558-56, filha de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83981411674.

ACUSADOS: A investigar.

TESTEMUNHAS: a arrolar posteriormente.

HISTÓRICO: Na data e endereço acima citado, a comunicante estava na posição de carona em uma moto de marca HONDA/CG 125, COR PRETA, ANO MOD 2012, PLACA PEG 9886, CHASSI 9C2JC4110CR301350, LICENCIADA EM NOME DE JOSE HELIO DE SALES, conduzida por seu irmão de nome JOSE RAFAEL DA SILVA, sentido o sítio ZÉ DE MOURA, na PB 150, nas proximidades da residência do SR. Biu RODRIGUES, fora surpreendido por um indivíduo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contrária a colidir de frente com a referida moto; QUE a comunicante informa que veio a cair ao solo com o condutor ora seu irmão citado, devido o forte impacto das motos; QUE relata a comunicante que fora socorrida pelo SAMU, para o hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou internada por quinze dias.

COMUNICANTE/VÍTIMA

Maria Gorete da Silva
MARIA GORETE DA SILVA

COMISSÁRIO DA CIVIL; MOACIR ANTONIO DA SILVA

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, 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



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **MARIA GORETE DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.543,75**

Banco: **237**

Agência: **000000835-4**

Conta: **0000022604-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1301202005000000000023700835000000022604354375 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

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: 30/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190696798**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA GORETE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GETULIO VARGAS , SN - Santa Cecília - PB - CEP 58463-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **523234314**

Data e local do acidente: [**15/07/2019**] **saída da cidade Santa Cecília - PB**

Data e local do exame: [**06/01/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	MARIA GORETE DA SILVA.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AGRICULTORA
IDENTIDADE:	52.323.431-4 SSP/PE.
DATA DO ACIDENTE:	15/07/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ.
VÍTIMA:	MARIA GORETE DA SILVA.
ENDEREÇO:	RUA GERTULIO VARGAS S/N AREA RURAL - SANTA CECILIA/PB

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028 - SDS/PE.
ENDEREÇO:	RUA JOÃO BATISTA, nº 370, Centro, Suburbio (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CECILIA - PB 02 DE DEZEMBRO DE 2019.



Maria Gorete da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Cartório do Registro Civil
(RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE)
de Tabelionato de Notas
Santa Cecilia-PB
Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficial e Tabeliã



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	MARIA GORETE DA SILVA.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AGRICULTORA
IDENTIDADE:	52.323.431-4 SSP/PE.
DATA DO ACIDENTE:	15/07/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ.
VÍTIMA:	MARIA GORETE DA SILVA.
ENDEREÇO:	RUA GERTULIO VARGAS S/N AREA RURAL - SANTA CECILIA/PB

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028 - SDS/PE.
ENDEREÇO:	RUA JOÃO BATISTA, nº 370, Centro, Suburbio (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CECILIA - PB 02 DE ~~Dezembro~~ DE 2019.



Maria Gorete da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(Cartório do Registro Civil e Tabelionato de Notas)
de Tabelionato de Notas
Santa Cecilia-PB
Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficial e Tabelião



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

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: 30/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190696798**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA GORETE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GETULIO VARGAS , SN - Santa Cecília - PB - CEP 58463-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **523234314**

Data e local do acidente: [**15/07/2019**] **saída da cidade Santa Cecília - PB**

Data e local do exame: [**06/01/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: MARIA GORETE DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000022604-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA GORETE DA SILVA 6 - CPF: 393.317.558-56
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA GETÚLIO VARGAS 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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:

☒ RECUSO 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: BRADESCO

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)

CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835 4 4 4 4 4 4 4 4 4
(Informar o dígito se existir)

CONTA: 22604 1
(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 (vivo/nascer)? ☐ 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, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019

Maria Gorete da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 12/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

Hora e data do fato: 17:30H do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10hs30min do dia 29/11/2019.

Local do Ocorrido: PB 150, nas proximidades da cidade de SANTA CECILIA-PB.

COMUNICANTE/VÍTIMA: MARIA GORETE DA SILVA, brasileira, união estável, agricultora, portadora do RG Nº 52.323.431 SSP-SP, CPF Nº 393.317.558-56, filha de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83981411674.

ACUSADOS: A investigar.

TESTEMUNHAS: a arrolar posteriormente.

HISTÓRICO: Na data e endereço acima citado, a comunicante estava na posição de carona em uma moto de marca HONDA/CG 125, COR PRETA, ANO MOD 2012, PLACA PEG 9886, CHASSI 9C2JC4110CR301350, LICENCIADA EM NOME DE JOSE HELIO DE SALES, conduzida por seu irmão de nome JOSE RAFAEL DA SILVA, sentido o sítio ZÉ DE MOURA, na PB 150, nas proximidades da residência do SR. Biu RODRIGUES, fora surpreendido por um indivíduo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contrária a colidir de frente com a referida moto; QUE a comunicante informa que veio a cair ao solo com o condutor ora seu irmão citado, devido o forte impacto das motos; QUE relata a comunicante que fora socorrida pelo SAMU, para o hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou internada por quinze dias.

COMUNICANTE/VÍTIMA

Maria Gorete da Silva
MARIA GORETE DA SILVA

COMISSÁRIO DA CIVIL; MOACIR ANTONIO DA SILVA

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: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA GORETE DA SILVA 6 - CPF: 393.317.558-56
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA GETÚLIO VARGAS 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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:

☒ RECUSO 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: BRADESCO

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835 4
(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 (vive nascer)? ☐ 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, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019

Maria Gorete da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação

BRDESCO1301202005000000000023700835000000022604354375 PAGO

Ligado MONOFÁSICO
Cis/Sec RES MTC B1 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roteiro 5-275-25-2212 Referência 000/2019
Medidor 00006628605 Brasília 11/09/2019

ENERGIA PARA A DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA
S/A, km 25 - Canto Retorto - Jd. Pôrto/PB - CEP 57071-400
CAP 08-045 151.070-40 Fax 08 1615-8000

Red y Falso: Cuentas de Energía Eléctrica 10000 912 710
Cód. para Dato Automático: 00216882522

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	11/09/2019	11/10/2019	054.134.344-05 Ines Em

UC (Unidade Consumidora): 5/1688293-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Cédulas
 Conforme previsto na Lei 12.027 de 25 de julho de 2006, informamos a quitação dos débitos referentes às obrigações relativas ao fornecimento de energia elétrica desta unidade consumidora verificadas no ano de 2010 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos instrumentos emitidos nos períodos da análise que se refere, e dos anos anteriores.

Junte-se ao MONITOR VACINA BRASIL. Basta mais em saúde! gov.br/monitorvaca

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letura	Data	Letura						
09/08/19	2191	11/09/19	2281	1		90			33
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	valor	Base Calc	Imp. Simulada	Base Calc RRE	Imp. Simulada RRE	CC/Imp
		Tratados	Tarifa	CANALIZ	COMB		Por Consumo	Por Consumo	
0601	Consumo em kWh	89.920	0.006100	64.48	64.48	19.15	64.48	0.64	7.94
0601	Adic. B Vermelha			4.60	-4.60	1.15	4.00	0.04	0.21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			9.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0604	JUROS DE MORA 03/2019			1.67	1.67	0	0.00	0.00	0.00
0604	JUROS DE MORA 05/2019			0.88	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0604	JUROS DE MORA 06/2019			0.88	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0604	JUROS DE MORA 08/2019			0.13	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0604	JUROS DE MORA 09/2019			0.89	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	MULTA 03/2019			0.51	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	MULTA 05/2019			0.50	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	MULTA 06/2019			0.56	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	MULTA 07/2019			0.88	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	MULTA 08/2019			4.93	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019			0.26	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2019			0.20	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019			0.20	0.00	0	0.00	0.00	0.00
CC	CC - CANCELAMENTO DE SERVIÇOS	TOTAL							
Tarifa s/ Tributos		0.569770							

Tarifa e Tributos 0.568770

Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR							
28		18/09/2019		R\$ 96,28							
Histórico de Consumo (kWh)											
8	27	37	38	39	32	39	40	31	15	52	13
Ser/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESUMO DO PROJETO

5801 968a.87e1.d79c.0c4b.db6b.1a3f.47a1.

Indicadores de Qualidade		7/2019 - 1º trimestre	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OTC MENSAL	8,05	0,00	NORMAL
OTC TRIMESTRAL	18,11		200
OTC ANUAL	22,23		
FC MENSAL	3,01	0,00	CONSTRUTORA
FC TRIMESTRAL	1,12		VALENTE PEREIRA
FC ANUAL	14,45	0,00	SARTE S. PEREIRA
PARC	4,48		
DECR	13,20		

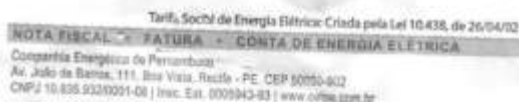
Discriminazione	Valori (RSE)	%
Servizi di cura all'energia	11,10	12,14
Comunicazione di energia	25,10	27,34
Servizi di Trasmissione	3,10	3,39
Servizi di Distribuzione	2,94	3,18
Impianti di Generazione di Energia	48,10	52,17
Altri Servizi	0,00	0,00
Totale	96,24	100,00

www.pearsoned.com.cn

ATENÇÃO

ATENÇÃO
Resposta Tardando - Vigência 28/08/14 - Res. AJGE L. nº 2.552 - Ata Terc 330 - 4.47% Mesos
Resposta Tardando - Vigência 28/08/14 - Res. AJGE L. nº 2.552 - Bando Terc 32 - 4.23% Mesos
Lancamento confirmado

Faturas em atraso



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO SUR BIM
SUR BIM PE
55750-000

DATA DI PAGAMENTO	DATA DI SCADENZA
7005749888	10/2019
DATA DI PAGAMENTO	DATA DI SCADENZA
14/10/2019	07/11/2019
TOTALE PAGARE (€)	102,74

Nº DA NOTA FISCAL	SEI	PROBAC
017102010	017102010	017102010
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA VOTAÇÃO
017102010	201110000	017102010

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abast(Wh)	158.0000000	0,07086953	87,55
Adesivos Bandeira AMARELA			0,50
Adesivos Bandeira VERMELHA			5,01
Consumo Ilum. Pública Municipal			8,64
CMES Subversão C.T.E - NF 086224776-04/07/19			0,78
CMES Subversão C.T.E - NF 077044263-05/08/19			0,80
Multa por atraso - NF 075948284-04/09/19			1,35
Juros por atraso - NF 075948284-04/09/19			0,11

TOTAL DAFATUGA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO SETEIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (99%)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
833744	1,61	04-08-2019	R\$ 1.000,00	07-10-2019	R\$ 2.970,00	59	1.00000		188,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Q5	Q6	Q7
Geração de Energia	R\$ 29,48	31,88%	
Transmissão	R\$ 3,72	3,41%	
Distribuição (Cabo)	R\$ 19,81	21,07%	
Perdas de Energia	R\$ 6,17	5,83%	
Encargos Setoriais	R\$ 4,01	4,08%	
Fimidade	R\$ 28,98	32,27%	
Total	R\$ 91,98	100%	

INFORMAÇÕES DE FATURAMENTO

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	25,00	23,25
PIS	32,00	1,30
COFINS	43,00	5,53

TRIBUTOS APLICÁVEIS

RECEBAMEN TO

ERRO DE INSCRIÇÃO (VAT) - 0,000000

[illegible][illegible]

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA GORETE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA GORETE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-996650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98135-5022</u>

SURUBIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

178.772 150719 1749

Claudete

Ednaldo

X Celso motorista

He Goulte de Silva x 35
 PB 150 Sta Cecilia

Cheris Souza ⁰²²⁰
 Willyan

70 981

500 ml + 500 ml de Tilioti Pong + 100 ml de
dipirona

Dra. Ana Maria S. Anselmo
MR. Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 78456

For. conciente e orientado, relata
dor em membro inferior esquerdo,
apresentando visível fratura fechada
de fêmur, m. c. p. m. e realizado
transporte p/ hosp. de tratamento.

Alcanil - PB

Clara Sora

GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1944657

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.768/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 15/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : acolhimento

PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

CEP: 58463000

Nascimento: 01/09/1983

Endereço: JOSE MOURA

Sexo: F

Telefone:

Cidade: Santa Cecília

Idade: 035

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JAELDA BARBOSA

RG:

Nº: 0

Responsável:

Profissão: AGRICULTORA

CNPJ: 700607902385262

Estado Civil: União Estável

Data de Atendimento: 15/07/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO

Hora: 20:10:03

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto-moto há cerca de 1 hora e 30 min. Vítima não usa capacete mas usa cinto de segurança e manuseio de trânsito. Trauma de alta energia, mecanismo de imobilização com prancha e colar. Refere dor em HIE

ALERGIA:

N/A

MEDICAMENTOS:

N/A

PATOLOGIAS:

N/A

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

Ata: Via aérea permeável e cervical intacta. (B) Via aérea permeável, Toux, Sinal de Babinski, ausência de reflexos de aqueduto, (C) Reflexos patológicos presentes, (D) Signos de lesão de nível C6 = 15 (E) Dor em HIE

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

(X) Radiografias: Anteroposterior

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Antropia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Suporte vital	
2	Diagnóstico de lesão + ADT	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/07/19 #Cinsengul #

Parinty tota vel hemodivarsitate.

Abd.: Irregular Ak: MG 2-4H 51 RA.
Fast ① Rx force: 51 Abdomen:

cds: Made in China
#1 Topolia.

CIRUNG 27
CRM-PB 10602 / CRM-PE 23727

Dr. Jarbas Fonseca
Cirurgia Geral

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

7- Maria Geni da Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

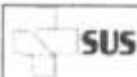
1998

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA GORETE DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1944767

7 - CARTÃO DO SUS

700607902385262

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1983

9 - SEXO

Masc ☐ Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JAELDA BARBOSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

JOSE MOURA, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com dor, edema e deformidade em coxa (E), além de limitação funcional.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exame clínico + radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura diafise fêmur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar / Trat. cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

03

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

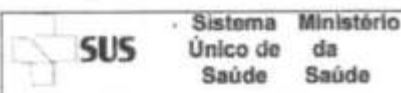
() CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA GORETE DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1944767

7 - CARTÃO DO SUS

700607902385262

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1983

9 - SEXO

Masc ☐ F ☒Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JAELDA BARBOSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

JOSE MOURA, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - Cód. INGE. MUNICÍPIO

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor de cabeça de início com dor, náusea e vômito. Com diagnóstico de hipertensão arterial.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

com dor de cabeça

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

Exame clínico e radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

03

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Maria Vaz de Sá</i> <i>01.09.83</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
CIRURGIA			CIRURGIÃO			
ANESTESIA			ANESTESIA			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p/ O ₂ g.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido I/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidól amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio I/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacet ml		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd. (142)	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
	Agulha p/ raque n°					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS		
				() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
				() Serra	() Eletrocautério	
				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo	
				() Foco Frontal	() Cardiomonitor	
				() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	

CIRCULANTE RESPONSÁVEL:

Franciele de Góes S. Cândido

Téc. de Enfermagem

COREN-PB 001227.391

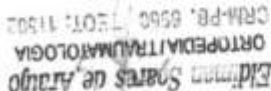
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

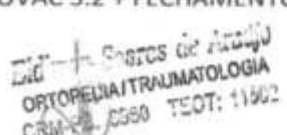
HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME			IDADE	SEXO	COR	
UNIAO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	FECES	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O'					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL - O.P.U.S.O. - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com câmbio: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES								
TÉCNICA					CÂNULAS			
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: MARIA GORETE			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE RIBEIRO		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR SOCORRO		Anestesia : BLOQUEIO	
Diagnóstico Pré-operatório : FX S MTC E			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- REDUÇÃO CRUENTA</p> <p>05- FIXAÇÃO COM 1 FIO k</p> <p>06- LAVAGEM SF0.9% + SUTURA + CURATIVO</p> <p>07- TALA LUVA TIPO GARRAFA;</p>			
			

Nome do Paciente: MARIA GORETE			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN + DRa ANA		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR SOCORRO		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSÍNTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<h2 style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</h2>			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS</p> <p>05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS</p> <p>06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA 4.5MM DCP LARGA 12 FUROS;</p> <p>07- FECHAM + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO</p> <p>08- DRENO HEMOVAC 3.2 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS</p> <p>09- CURATIVOS</p> <p style="text-align: center;">  </p>			

**GOVERNO
DA PARAÍBA****GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019

Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1944767

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: 0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MTC E

Data: 27/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 4:

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

8400-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO QUEIROZ TORRES

PROIBIDO PLASTIFICAR



Maria Gorete da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

52.323.431-4

DATA DE EMISSÃO 18/NOV/2013

MARIA GORETE DA SILVA

SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA

E MARIA JADEILDA BARBOSA

NAT. NACIONALIDADE SURUBIM -PE

DATA DE NASCIMENTO 01/SET/1983

SANTA CECÍLIA-PE

SANTA CECÍLIA

CN:LV.A001/FLS.092V/N.000368

CPF 393317558/56

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/80

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO		
VALIDA EM TODAS O TERRITORIOS NACIONAIS 1219484604	NOME EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
	DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSOR / UF 3092028 SSP PE	
	CPF 574.940.534-68	DATA NASCIMENTO 04/06/1968
	PLACAO AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
	PERMISSAO 32	ACC 32
	N.º REGISTRO 01410781208	VALIDADE 15/12/2020
	FIMISSUO 25/09/1986	
FORNECIDO PLASTIFICAS 1219484604	OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	
	ASSINATURA DO PROFISSIONAL 	
	LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIMARI - PE	DATA EMISSAO 16/12/2015
	ASSINATURA DO TITULAR 	
	DETRAN - PE - PERNAMBUCO 47587078291 98070298467	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015100742139
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDS RENAVAM 2801398563 RJTRC ***** EXERCÍCIO 2019

JOSE HELIO DE SALES

OLINDA-PE

251.824.228-73

PLACA REG9986

PLACA ANT / UF ***** / PE

CHASSI PC2JC4110CR201350

ESPECIE TIPO 125 / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CL 125 / 124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

VEIC. COTA ÚNICA

VEIC. / COTAS 1 *****

PARA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS *****

2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 50.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 50.43

DATA DE PAGAMENTO 15/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

OLINDA

DATA 09/10/19

DETRAN - PE

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

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

JOSE HELIO DE SALES

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

0

OLINDA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/10/19

VIA 251.824.228-73

PLACA REG9986

RENAVAM 2801398563

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011

ANO MOD. 2012

CHASSI PC2JC4110CR201350

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) 50.05

DETRAN (R\$) 1.01

CUSTO DO SEGURO 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.22

TOTAL SEMPRE FICANDO 44.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 19/02/19

SEGURO LÍDER - DPVAT

CEIP 03.540.002/0001-04

SEÇÃO DE GUARDA DE BILHETES DE SEGURO DPVAT - 2º ANDAR - 2º ANDAR - 2º ANDAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

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: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190696798 Data da solicitação: 13/03/2020
 Nome do beneficiário: MARIA GORETE DA SILVA CPF do beneficiário: 393.317.558
 Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 56

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
 E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: CARTA (DESCREVER) _____

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CECILIA/PB 13/03/2020

Local e Data

Maria Gorete da Silva
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75