
Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042681

Vítima: TIAGO XAVIER TORRES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO XAVIER TORRES

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042681

Vítima: TIAGO XAVIER TORRES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO XAVIER TORRES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: TIAGO XAVIER TORRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000083509-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 3 - Nome completo da vítima: Tiago Xavier Torres

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

5 - Nome completo: Tiago Xavier Torres 6 - CPF: 089.357.254-30
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: TV São Felix 9 - Número: 45 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruzeiros 12 - Cidade: Camaçim de São Felix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 9668-4819

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2892 CONTA: 83509 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vol 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 Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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: _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

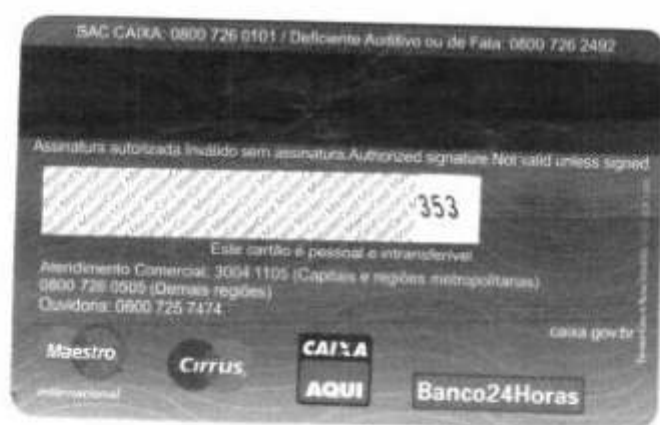
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA-SIA
27 JAN 2020
Assinatura da testemunha
PROTOCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Camaçim de São Felix 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E4143001221**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **16:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/1/2019** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, RODOVIA PE, BAIRRO DO MUTIRÃO - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES (NOTICIANTE)
TIAGO XAVIER TORRES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES

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

TIAGO XAVIER TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: LEONARDO XAVIER DE TORRES Data de Nascimento: 30/8/1986 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7711357/SDS/PE (RG) 08935725439 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SITIO JUNCO / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: LEONARDO XAVIER DE TORRES Data de Nascimento: 28/4/1982 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6740735/SDS/PE (RG) 06197305445 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SITIO JUNCO, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

08/11/2019 16:47

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 089.357.254-30 4 - Nome completo da vítima: Tiago Xavier Torres

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

5 - Nome completo: Tiago Xavier Torres 6 - CPF: 089.357.254-30
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Tv São Felix 9 - Número: 45 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruzeiro 12 - Cidade: Camacim de São Felix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 9668-4819

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2892 CONTA: 83509 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol 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 Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

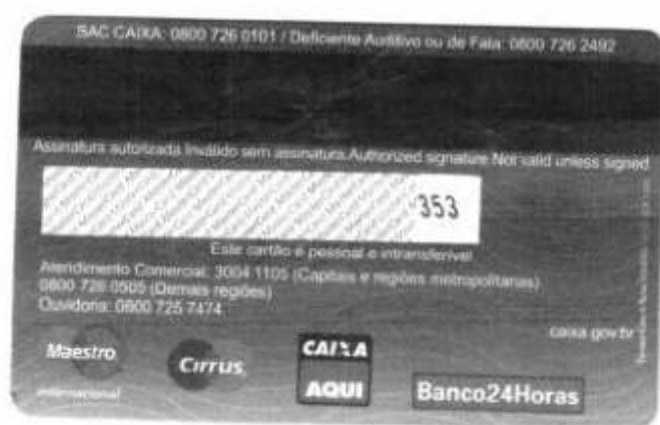
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA-SIA
27 JAN 2020
Assinatura da testemunha
PROTOCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Camacim de São Felix 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

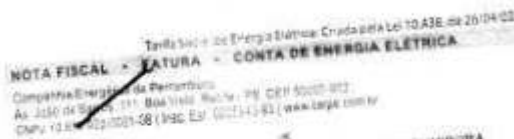
CLIENTE: TIAGO XAVIER TORRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000083509-1

Nr. da Autenticação AFA32EE7F49FB5DF



CPF 004 357 234-32 NIS 10567040509

CLASSIFICAÇÃO
BIOLÓGICA
BIOGEOGRÁFICA

Nº DA NOTA FISCAL 077124492	SERIE 0767A	EMISSÃO 12/05/2011
APRESENTAÇÃO CONDICIONADA	Nº DO CLIENTE 101185525	Nº DA NOTA 088365

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FELIX 45

CARTEIRINHA AMPLIADA DE SAQUE
C/ANOTAC. DE SAQUE
5000-000

CONTRATO 4009782317
 DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 7,68

Consumidora de 30 años
Acreditada en el Sistema CAMEL
PRO-CARTEL, a (081) 441-7777 0505 021-6982

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
000316962	200000000	0.19198105	5.75 1.43 1.50

TOTAL DAFATURA

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE BSB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
5100128	CAI	14/02/15	1.144,00	15/02/15	1.144,00	—	1.000,00		0,00

IMPORTE DE CONSUMO

[illegible]

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	8,19	0,81	0,67
PIS	8,19	0,72	0,6
COFINS			

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere
Personalmanagement

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

TARIFAS APLICADAS 01/01/2002

RESERVADO AO FISCAL
NÃO FEZ FIM DO BOM BOM BOM

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Este medicamento contém cafeína, que pode causar insônia, nervosismo, taquicardia, aumento da pressão arterial e outros efeitos indesejáveis. Evite o consumo excessivo de bebidas contendo cafeína, como café e chá, durante o uso deste medicamento.

2. Evite o uso de álcool durante o tratamento, pois pode potencializar os efeitos sedativos do medicamento.

3. Este medicamento pode causar tontura e vertigem. Evite dirigir veículos ou operar máquinas pesadas até que você esteja totalmente recuperado.

4. O uso prolongado deste medicamento pode causar dependência física e psicológica. Siga rigorosamente as instruções do médico e não aumente a dose sem orientação profissional.

5. Em caso de reação alérgica (erupção cutânea, inchaço, dificuldade para respirar), interrompa o uso imediatamente e procure atendimento médico de emergência.

6. Este medicamento pode interagir com outros medicamentos, especialmente antidepressivos, anticoagulantes e medicamentos para a pressão arterial. Informe seu médico sobre todos os medicamentos que você está tomando.

7. O uso de este medicamento durante a gravidez ou amamentação deve ser evitado, pois pode causar efeitos adversos ao feto ou ao lactante.

8. Mantenha este medicamento fora do alcance das crianças e em local seco e fresco.

9. O prazo de validade é de 24 meses, contados a partir da data de fabricação.

10. Este medicamento é registrado no Ministério da Saúde sob o número 123456789.

La casa del

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

27 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

Acidente ocasionado p. at. de id. 00:00, com a queixa de uma sensação de moto, no pé 53 sentido deulento. Paciente Thiago Xavier Torres 32 A. Sem feridas na região com este tipo de trauma. PA 100 x 70. HGT 145, S 500, E 38, FR. 20, com-riente orientado. Passa A.M.R. e foi rel. q. foi um n. n. n. e não tem que hospital. (assinatura)

EXAME NEUROLÓGICO:

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

- ☐ Otorrágia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinim Direito
☐ Sinal de Guaxinim Esquerdo
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

- ☐ Miase Direita
☐ Miase Esquerda
☐ Mideiase Direita
☐ Mideiase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Parestesia
☐ Anestesia

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

SEGMENTO:

- Pescoço:**
☐ Desvio Traquéia
☐ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Edema Subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso / Defesa
☐ Espigomalgia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritonsal
☐ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Glândula Direita
☐ Glândula Esquerda
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal _____ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR: _____

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Cânula Orofaringea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu.
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Reposição volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: _____

MUNICÍPIO: _____

INTERCORRÊNCIA: _____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / ACP / Téc. de Enferm.	Condutor

TERMO DE RECUSA:

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

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDEUNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTOREGISTRO Nº: 86.919
DATA 30/01/2019
HORÁRIO: 22 H 48 MIN

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
 Nome do paciente: TIAGO XAVIER TORRES, 32a
 Genitora: SEVERINA MARIA DA SILVA
 Data nasc. 30/05/1986 Idade: 32 Sexo: (☒) MASC. () FEM. Cor: _____
 Endereço: RUA LEONARDO BORTO nº: 42
 Bairro: _____ Ponto de referência: _____
 Profissão: _____
 Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
 () ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL: Pt vítima de acidente com moto, alcoolizado, em uso de capacete & inflamação de vomito/pulsa da consciência

EXAME FÍSICO: Consciente, algo desidratado, equinovó e alto E, pupilas midí-
 ticas, foto maculadas, equinovó HTE, laceração com cabelo
 PA 100/70 FC 103 SaO2 96% MW 70% Glasgow 13

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

1. SRL
 2. Tranquil
 3. O2
- AO NR

DESTINO DO PACIENTE:

- () OBSERVAÇÃO CLÍNICA
 () LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
 () LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

ALTA HOSPITALAR

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARMBO



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Tiago Xavier TorresREGISTRO: 763252 DATA DE NASCIMENTO: 30/09/1986RG: 7.715.357 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Travessa Leonardo Porto nº45
Cruzeiro Camucim São FelixNOME DA MÃE: Severina Maria de SilvaDATA ADMISSÃO: 01/02/2019 DATA ALTA: 05/02/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 04/02/2019 CID: S42.0DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula DireitaTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Clavicula Direita + Tratamento
de Retração muscular + osteotomia +
NeurotiseMÉDICO: Arnaldo CoimbraCREMEPE: 16658JABOATÃO DOS GUARARAPES, 18 DE março DE 2019.
Dr. Elides Carvalho
Ortopedia
CRM/PE 22073

MÉDICO

DE 5607130



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

Nome do Paciente: <u>Tiago Viana Tunes, 32a</u>	
Quadro Clínico: <u>EGC, aspmico, consciente, algo desorientado</u>	
Diagnóstico: <u>em AMT V HTE S202 96% IN50% equimose HTE de 102 TA 100 x 7</u>	
Auxiliar Responsável: <u>TCE</u>	COREN:

REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
		Hora de chegada:
Motivo (Registro detalhado): <u>Ac. de</u>		
<u>pt vítima de colisão moto-carro, alcoolizado, em uso</u>		
<u>de transporte e informações de pda de ocorrência / 10º mto.</u>		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local: <u>Unidade Guimaraes</u>	<u>26773</u>	Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

REMOÇÃO

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

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

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: TIAGO XAVIER TORRES

Prontuário: 763252

Atendimento: 197515

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 4 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040806019-0) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (040801015-0) + TRATAMENTO RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 04/02/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

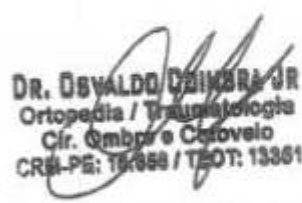
Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA
DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA CLAVÍCULA PARA REDUÇÃO
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS


DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16658 / TEOT: 13361

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 197515

Nascimento: 30/09/1986

Responsável:

Prontuário: 763252

Sexo: Masculino

Nome: TIAGO XAVIER TORRES

Data e Hora do Atendimento: 01/02/19 11:30:24

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 1 Dia

Profissão: OUTROS

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 7711357

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 702303105335615

Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: LEONARDO XAVIER DE TORRES

Endereço: TRAVESSA LEONARDO PORTO, CENTRO, CEP: 52400000, Nº 45, CAMOCIM - CE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Médico: FABIO ANDRE FERREIRA DA SILVA - CRM: 16667

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

Pct vítima de atropelamento, procedente do HR, admitido neste serviço para tratamento cirúrgico de fratura bilateral de clavículas (diagnóstico em 20/01). Passado de drenagem de pneumotorax à direita (retirada de dreno na última quarta 30/01/19)

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FISICO GERAL:

agr eupneico hidratado afebril consciente e orientado

AP - CARDIO - VASCULAR:

cor ecr 2s brn es

AP - RESPIRATORIO:

mv (+) am ah sra

ABDOMEN:

abd depressivel indolor

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

- 1- POLITRAUMIA
- 2- FRATURA BILATERAL DE CLAVICULAS
- 3- PNEUMOTORAX SUPERADO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

01/02/2019 05:10

HORA DE SAÍDA:

FABIO ANDRE FERREIRA DA SILVA - CRM: 16667

ANEXO I

ENF 16-3

05 Jul



SUS

Ministério
da
SaúdeSecretaria
de Saúde
PernambucoLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

2 - CNES

00000855

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

TIAGO XAVIER TORRES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1654196

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

08 - DATA DO NASCIMENTO

30/10/86

09 - SEXO

Masculino

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

IGORSONO - JENNIFER ME SILVA

11 TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA SEM NOME, S/N

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAMOUXINHA DO FEIX - PE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ATITUDE MOSCOURISTO. APRESENTA RX COM
SINAIS DE FX BILAT. DE LUMBRAS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

SEM EXATAS

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

EXAME + EXAME FÍSICO + EXAMES

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FX BILAT. DE LUMBRAS

21 - CID, 10 PRINCIPAL

22 - CID, 10 SECUNDÁRIO

23 - CID, 10 CUAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - Cód. DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

TRAUMATO

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

() CNS () CPF

28 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Sandro A. P. Nogueira de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.324

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/10/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Sandro A. P. Nogueira de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.324

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Secretaria de Saúde - BIGPE
Pós-Graduação em Controle e Avaliação
Maria Cecília M. Dourado
Médica Auditora/SUS - CRM-PE 5922
CPF: 288.725.884-40

Médico Regulador <i>Dr. Diego</i>		TARM		Operador de frota <i>Ricardo</i>	
Data <i>20.01.2019</i>	Hora <i>22:30</i>	ID <i>0600</i>	Nº ocorrência <i>02</i>	Unidade Móvel	Base da unidade <i>USB</i>
Endereço da ocorrência <i>PE-103</i>					Nº
Bairro			Município <i>Camocim de S. Felix</i>		
Ponto de referência <i>Próximo ao Murtinho</i>					
Nome da vítima <i>Thiago Xavier Tavares</i>					Idade <i>32</i>
Solicitante / Bone <i>Mr. Tavares</i>					Sexo ☒ M ☐ F
Cartão de saúde - SUS					
Queixa <i>Solicitação por lençóis / Pedidos de nota</i>					
Comunicação	Saída da base <i>22:30</i>	Chegada no local <i>22:33</i>	Saída do local <i>22:15</i>	Chegada no destino <i>22:30</i>	Saída do destino
Chegada na base					

☐ Transferência (senha):

Tipo de Agravado:

☒ Acidente Trânsito *Pedidos de nota*

☐ Pedestre

☐ Condutor do veículo

☐ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínico

☐ Desabamento / soterramento

☐ Eletrocussão

☐ FAF

☐ FAF

☐ Gineco-obstétrico

☐ Lesões térmicas

☐ Podológico

☐ Psiquiátrico

☐ Quase Afogamento

☐ Queda _____ Metro

☐ Queimadura

☐ Térmica

☐ Química

☐ Elétrica

☐ Outros

Antecedente:

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto contagiosa

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Drogadição

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos anteriores

☐ Medicamento

☐ Problemas Respiratórios

☐ Outros

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência de pulso

☐ Cianose

☐ Convulsão

☐ Diarreia

☐ Dificuldade Respiratória

☐ Dor Local

☐ Febre

☐ Inconsciente / Desmaio

☐ Palidez

☐ Sangramento

☐ Vômito

☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	<i>100x70</i>	<i>20</i>	<i>88</i>		<i>145</i>	<i>100</i>	<i>15</i>
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

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

Respiração/Ventilação:

- ☐ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

- ☐ Normal
- ☐ Roncos/sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade:

- ☐ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectorção mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros

CIRCULAÇÃO:

- Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outro
- Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M inferiores ☐ Anasarca
- Perfusão: ☐ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente
- Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
- Ausculta: ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito Pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopro
- ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO CIVIL

09R17

CARTÃO DE IDENTIDADE

TIAGO XAVIER TORRES

TIAGO XAVIER TORRES

TIAGO XAVIER TORRES

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.711.357

TIAGO XAVIER TORRES

21/10/2004

LEONARDO XAVIER DE TORRES

SEVERINA MARIA DA SILVA

BEZERRAS - PE

30/09/1986

CN 546 LAM F 13TV CART SAPURAMA BEZERRAS-PE

30/03/1988

ASSISTENTE SOCIAL

LEITE 2 119 DE TORRES

F-13 40.796

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

089.357.254-39

TIAGO XAVIER TORRES

0891/6000C

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

27 JAN 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

Emissão

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011582546635

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRO. EXERCÍCIO
1 504882392 ***** 2018

JOSE MAURICIO DE SOUZA JUNIOR

CAMOCIM DE SAO FELIX-PE

127.312.814-13 PLACA EGC8012

PLACANT/UF 9C2KC1670DR4217

PAS / MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

MARKA / MODELO HONDA / CG 150 FAN EST

CAP / POT / CL 200 / 149 CL

CATEGORIA PARTIC

VERMELHA

1º 12VA 2018 QUITADO

2º 12VA 2018 QUITADO

3º 12VA 2018 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00

PREMIO TOTAL (R\$) 100,00

DATA DE PAGAMENTO 10/05/19

SEM RESERVA

DECLAMANDO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALENDO PARA TRANSFERENCIA

CAMOCIM DE SAO FELIX

10/05/19

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DIRETOR-PRINCIPAL DE DETRAN/PE

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SAO FELIX

Titular: DANIEL BENEDITO DA SILVA

Telefone: (81) 3743-1096

Autentico a presente fotocópia por conferir com original que é apresentado. Dou fé. Emolumentos: R\$ 3,41 TSNR: R\$ 0,68 FERC: 0,34, total: 4,09. Elizabete Maria Almeida de Oliveira - Escrevente autorizada.

Selo: 0075028.CEN12201801.01418 26/02/2019 08:58:33
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Daniel Benedito da Silva
Tabelião de Registros

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
27 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

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

PE Nº 011582546635 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE MAURICIO DE SOUZA JUNIOR

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

CAMOCIM DE SAO FELIX 2018 10/05/19

VIA 127.312.814-13 PLACA EGC8012

RENAVAM 504882392

MARKA / MODELO HONDA / CG 150 FAN EST

ANO FAB. 2012

9C2KC1670DR4217

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00

PREMIO TOTAL (R\$) 100,00

DATA DE PAGAMENTO 10/05/19

SEM RESERVA

DECLAMANDO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALENDO PARA TRANSFERENCIA

CAMOCIM DE SAO FELIX

10/05/19

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DIRETOR-PRINCIPAL DE DETRAN/PE

SEGURO DPVAT

CNPJ 09.558.006/0001-04

www.seguradoralider.com.br

SEGURO DPVAT

SELS NAO S DE PORTE OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200042681 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO XAVIER TORRES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200042681 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO XAVIER TORRES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035907/20

Vítima: TIAGO XAVIER TORRES

CPF: 089.357.254-39

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO XAVIER TORRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TIAGO XAVIER TORRES : 089.357.254-39

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: 27/01/2020
Nome: TIAGO XAVIER TORRES
CPF: 089.357.254-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

TIAGO XAVIER TORRES

JONATAN BARBOSA DE BARROS