
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA 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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000001153-3

Conta: 000010017300-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 04775419412 Nome completo da vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA CPF: 04775419412
Profissão: REC- INF Endereço: SI RETIRO Número: 1417 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TADUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790000
E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 96650454

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 17300 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós, tios, irmãos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: TADUARITINGA DO NORTE PE 27/06/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lenivaldo Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
Luiz Carlos Dias Yanes Jr.
AGENTE DE POLÍCIA
387.822-9

531954
0219097/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0220000281

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/05/2019 às 11:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 16/2/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LAGOA DE FARIAS (ZONA RURAL)** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES (OUTRO)
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

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

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MÁRIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA** Pai: **EDIVALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/4/1982** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6855949/SDS/PE (RG), 04775419412 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81993477920**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, SÍTIO RETIRO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Chassi: **9C2ME0931DR306376**

Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **HONDA CRF 230 F**



Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE, NO DIA 16 DE FEVEREIRO DE 2019, POR VOLTA DAS 14 HORAS, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA CRF 230 F, DE COR VERMELHA, SEM PLACA, NO SENTIDO DISTRITO DE PÃO DE AÇÚCAR AO CENTRO DO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE/PE, QUANDO, NAS PROXIMIDADES DA LAGOA DE FARIAS, AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, OCASIONANDO LESÕES NO JOELHO ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE, DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA DESTA CIDADE, E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO PARA O HRA NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE. POSTERIORMENTE, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.

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

Lenivaldo Ferreira da Silva
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIZ CARLOS DIAS YANES JUNIOR** - Matrícula: **3875229**

[Assinatura]
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
LUIZ CARLOS DIAS YANES JR.
AGENTE DE POLÍCIA
387.522-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 04775419412 Nome completo da vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA CPF: 04775419412
Profissão: REC- INF Endereço: SI RETIRO Número: 1417 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TADUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790000
E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 96650454

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 17300 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: TADUARITINGA DO NORTE/PE 27/06/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lenivaldo Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva**, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.


Flodoaldo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE

HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. Nº: 44.029

DATA: 16/03/19

HORA: 14:27

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Genivaldo Ferreira da Silva

Sexo: M Idade: Cor: P

Naturalidade: PE

Endereço: St. Retiro

Procedência: Taq. do Norte

CNS

Categoria: Bus

Estado Civil: Data de Nascimento 08 / 04 / 82

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende:

Endereço:

Trazido por:

Endereço:

Parentesco:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente:

Data: / / Hora:

Natureza do Acidente:

☐

Casual

☐

Queda

☐

Acid. no Trabalho

☐

Acid. no Trânsito

☐

Intoxicação

☐

Agressão

☐

Tentativa de Suicídio

☐

Outras Causas

Recepcionista: Larissa

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento:

☐

Clinico

☐

Cirúrgico

Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial

MX

MN

Pulso

BPM

Temperatura

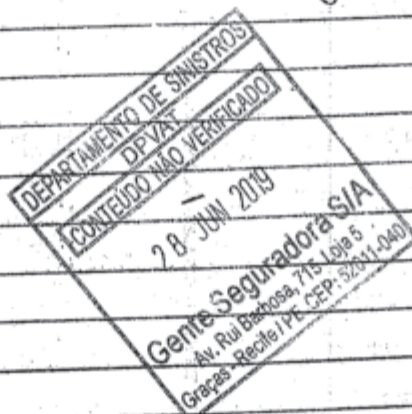
°C

Peso

Queixa Principal e HDA

Sinais de queda de motocicleta
devido ao trilho com dificuldade no
manuseio e dor em joelho esquerdo.

Exame Físico:



Hipótese Diagnóstica

Acidente de motocicleta

Dra. Kátia Maria Praxin
Médica

Anotações Complementares:

Conduta:

- Imobilizar com faixa de crepe do joelho esquerdo

16.04
25461 - Voltar 25up - camp intraplútes

- Rx do joelho esquerdo.

Dra. Natia Maria Prazini
Clínica Médica
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-RE-75906
Médico (C.R.M.)

CONDIÇÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Alta:

Curado ☐
Melhorado ☐
Internado ☐
Piorado ☐
Óbito ☐

Óbito em:
Hora:
+ 48 Horas ☐
- 48 Horas ☐

Motivo: ☐ Decisão Médica
☐ Alta Pediátrica
☐ Transferência
☐ Indisciplina

Transferido Para:

HRA - 5642155 -

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em
região posterior do joelho esquerdo

Tratamento:

Diagnóstico Anátomo-Patológico:

Natia Maria Prazini

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000010017300-4

Nr. da Autenticação 1259888DE817BC63



Tarifa Social de Energia Elétrica: Clada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI RETIRO 1417

CPF: 047.754.194-12 NIS: 16495786808
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAPDA RENDIDA COM NIS

RETIRO/TAQUARITINGA DO NORTE RURAL
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

Nº DA NOTA FISCAL 058232334
SÉRIE ÚNICA
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE 15/04/2018
Nº DA INSTALAÇÃO 16/04/2018
2001460883
3853511

CONTA CONTRATO 2765572613
MÊS/MO 04/2019
DATA DE VENCIMENTO 23/04/2019
DATA PREVISÃO PROXIMA LETURA 15/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 27,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,19071888	5,72
55,00000000	0,32694288	17,98
		3,58

TOTAL DA FATURA

27,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
M042844	CAT	18-03-2018	11.759,00	15-04-2018	11.843,00	28	1,00000		65,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE INÍCIOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Mês/ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	Composição do Consumo	R\$	%
ABR 18 65	ICMS	22,70	1,47	Geração de Energia	10,18	42,88%
MAR 18 68	Plus	22,70	1,47	Transmissão	1,50	5,33%
FEV 18 70	COFINS	22,70	1,47	Distribuição (Celpe)	7,03	26,60%
JAN 18 86				Perda de Energia	2,21	8,32%
DEZ 18 87				Energia Setorial	1,02	4,30%
				Tributos	1,78	7,91%
				Total	23,70	100%



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERREIRAS inscrito (a) no CPF 574940534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LENIVALDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 04775419412, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LENIVALDO FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 04775419412, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

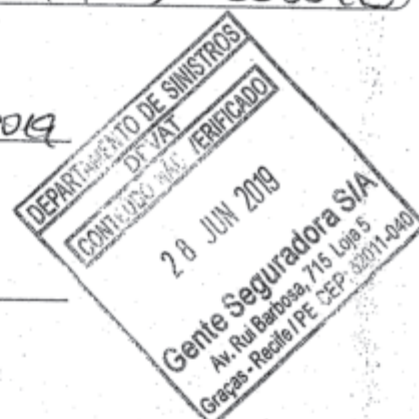
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>55750000</u>
Email <u>afseguros1994@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>	

SURUBIM, 31 de MAIO de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



0219097/19

TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 22 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190403230

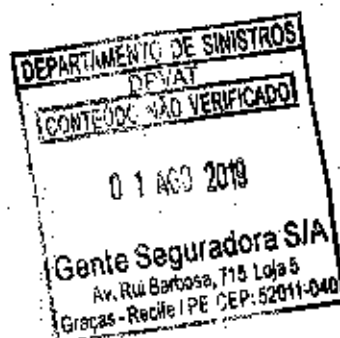
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 16/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA CRF 230 F, chassi 9C2ME0931DR306376, não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Lenivaldo Ferreira da Silva
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA
VITIMA/BENEFICIARIA



**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva**, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.


Flodoaldo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE

HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. Nº: 44.029

DATA: 16/03/19

HORA: 14:27

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Genivaldo Ferreira da Silva

Sexo: M Idade: Cor: P

Naturalidade: PE

Endereço: St. Retiro

Procedência: Taq. do Norte

CNS

Categoria: Bus

Estado Civil: Data de Nascimento 08 / 04 / 82

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende:

Endereço:

Trazido por:

Endereço:

Parentesco:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente:

Data: / / Hora:

Natureza do Acidente:

☐

Casual

☐

Queda

☐

Acid. no Trabalho

☐

Acid. no Trânsito

☐

Intoxicação

☐

Agressão

☐

Tentativa de Suicídio

☐

Outras Causas

Recepcionista: Larissa

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento:

☐

Clinico

☐

Cirúrgico

Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial

MX

MN

Pulso

BPM

Temperatura

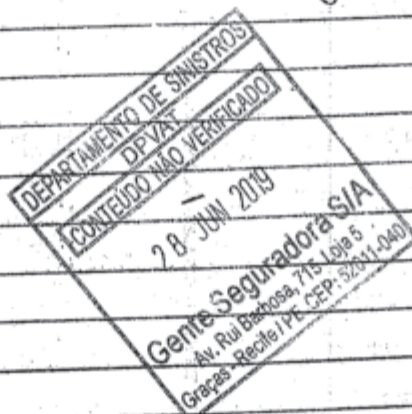
°C

Peso

Queixa Principal e HDA

Sinais de queda de motocicleta
devido a falta de equilíbrio no
manuseio e do eu facio esquerdo.

Exame Físico:



Hipótese Diagnóstica

Acidente de motocicleta

Dra. Kátia Maria Frazin
Médica

Anotações Complementares:

Conduta:

- Imobilizar com faixa de crepe do joelho esquerdo

16.04
25461 - Voltar sup - camp intraplútes

- Rx do joelho esquerdo.

Dra. Natália Maria Prazini
Clínica Médica
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-RE 75906
Médico (C.R.M.)

CONDIÇÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Alta:

Curado ☐
Melhorado ☐
Internado ☐
Piorado ☐
Óbito ☐

Óbito em:
Hora:
+ 48 Horas ☐
- 48 Horas ☐

Motivo: ☐ Decisão Médica
☐ Alta Pediátrica
☐ Transferência
☐ Indisciplina

Transferido Para:

HRA - 5642155 -

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em
região posterior do joelho esquerdo

Tratamento:

Diagnóstico Anátomo-Patológico:

Natália Maria Prazini

HRA = 5642155 = - SENTADO =



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

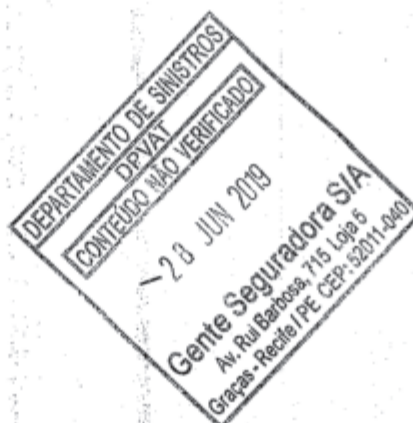
Encaminhamento

Encaminho o paciente
Leivado para o Sítio,
3 anos, após queda
de motocicleta em terra,
apresentando fratura
distal de fêmur, com região
posterior do joelho e quadril.
Sem outras lesões.

Vide RX —

HOSP - FUNDATA
16103/2019

RECEITUÁRIO MÉDICO





SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) Lenivaldo Ferreira da Silva , Esteve Interno Nesta Unidade de Saúde no dia 16/03/2019 e assinou termo de responsabilidade em 17/03/2019. Registro Hospitalar: ,335363

OBS:..Vitima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 13 de Maio de 2019

09.794.975/0200
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

Setor de arquivo(same)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

HRA

Anexo termo

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Atendimento: 492755

Prontuário: 335363

Data Nasc.: 08/04/1982

Idade: 36

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 703000861757970

Endereço: SÍTIO RETIRO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Nº: 0

Estado: PE

CEP: 55790000

Fone: 89104769

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/03/2019 19:25

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*lesão interna de escudo mto ocular
e dor em todo braço*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Exclui e ausência de movimento

Diag. Provisório:

Fx. HOTA em mto

Prescrição:

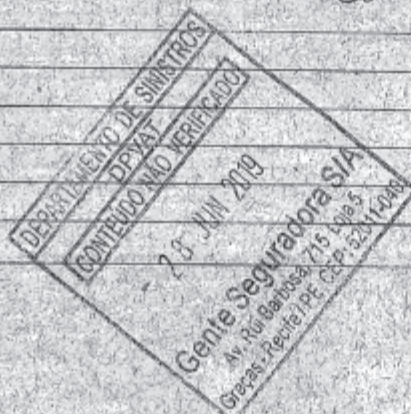
Dieta: _____

Data:

Horário

O Intervalo

O Todo com pos. braço em mto



Dr. Luigi Paolo Freire
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PE 22442 TEOR 15424

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

HRA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☒ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: W. Wilson P. da Silva

RG: 6855969

Endereço: Rua Rêgo - Tag. do N. 6

Tel.: _____

Data: 17/03/2019

W. Wilson P. da Silva
Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: _____

Hora: _____

Médico: _____

CRM: _____

16/03/2019 19:26:05

2 de 2

Usuário do Atendimento
DIEGOULV

HRA = 5642155 = SENAS =



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

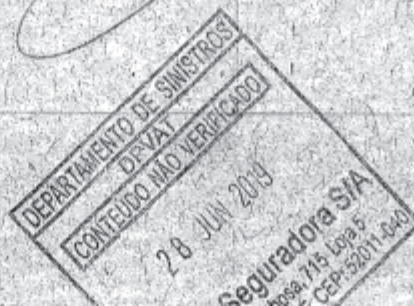
Encaminhamento

Encaminho o paciente
Leivaldo Farias do Siqueira,
37 anos, sofreu queda
de motocicleta em trilha,
apresentando fratura
distal de fêmur, em região
posterior do joelho esquerdo.
Sem outras lesões.
Vide RX. —

HOSPITAL FUNDATA
16103/2019

Dra. Kátia Maria Frazim
Clínica Médica
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-PE 7690

RECEITUÁRIO MÉDICO



REGISTRO DE INTERNAÇÃO

Prontuário 949431 Nome do Paciente LENIVALDO FERREIRA DA SILVA
Estado Civil CPF 47.754.194-12 RG 6855949 SSP PE Grau de instrução
Filiação Mãe: MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOL Pai: EDVALDO FERREIRA DA SILVA
Endereço SIT RETIRO, S/N - ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE-PE CEP:
Complemento Endereço

Atendimento 2334805 Data 18/03/2019 Hora 09:22 Sator 3008-SECRETARIA CONVENIOS
Médico Atendente 2305-RAILTON MARINHO DA COSTA
Plano / Convênio 37-PACOTE/1-PACOTE ENFERMARIA
Nº Carteira Validade Nº CNS 703000681757970

Posto Acomodação 02 Leito
Guia Internacao Procedimento 9995656 INTERNACAO
Leito

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.
Obrigamo-nos assim, a solver os valores não logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

Edvaldo Ferreira da Silva
Assinatura

CAMPINA GRANDE 18 de 03 de 19

Responsável: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA
Endereço: SIT RETIRO, S/N Bairro ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE-PE
Telefone: 089.1942.69

949431



CAMPINA GRANDE, 18 de Março de 2019

Severina Jocelane
SEVERINA JOCELANE
Responsável pelo Atendimento

Edvaldo Ferreira da Silva
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 18/03/2019



PACIENTE: Genivaldo Ferreira da Silva 36 anos

CONVENIO: Pacote

SUS ☐

PRONTUÁRIO: 949431-2334805 DATA: 18/03/19

CIRURGIA: T.C. Fratura de Fêmur

CIRURGIÃO: Dr. Raulton

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Jurandi

CIRCULANTE: Kathleen

SALA: 07

HORARIO: INÍCIO: 16:00 FINAL: 17:00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1080	ÁGUA DESTILADA	02
1800	AMINOFILINA	
1529	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
285799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	02
122769	CEFAZOLINA 1g	
1761	CEFTRAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4858	DICLOFENACO SÓDICO	
2029	DIPIRONA	02
8673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
6338	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4280	GARAMICINA	
2048	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5308	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2082	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 6mg	01
68905	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
79238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
70336	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	01
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8586	DIEMPAZ 10mg	
3025	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69555	DORMONID	
69539	DORMONID COMP	
48650	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9902	KETALAR	
89626	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTRA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	
2801	LIDOCAINA 2% CV	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2100	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142384	NOVAPUPI CV	
97440	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
254580	NOVAPUPI SV	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24878	SEVORANE	
1946	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	01
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI PI OBESO BD	
4012	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	04
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	03B
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02
	ATADURA CREPON Nº 15	02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25x28	03B
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº 4.8	01
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2685	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	10m
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5x7,5	10PC
	GAZES	
3425	GELFOAM	
80917	GILETE	01
	GUENDEL Nº	
3488	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 24	01
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	01
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	01
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	
3689	SERINGA DE 10cc	
3697	SERINGA DE 20cc	
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO CIA Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO CIA Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
	MONONYLON Nº 2.0	01-01
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº 1.0	01
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	
304000	CLOREXIDINA álcool ca 100ml	
2631	ÉTER	
3503	EUPYDEGERMANTE cloro 50ml	
3611	PVPÍ TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARÉLHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	
	NITRÓGENIO	
	OXÍDO NITROSO	
	OXIGÊNIO 38pm	
	OXÍMETRO DE PULSO	
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9158	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9184	S. FISIOLÓGICO 500ml	03
9190	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	02
134489	VOLUMEN 8%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	Chaco em T. 245 Fm	01
	Parafusos cort. can	01
	Parafusos esp. para	01

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife / PE CEP: 52011-040

Kathleen F. M. Silva
CONECT 1318261-TE

NOME: Leivaldo Francisco RTO: 57 S/P: 19

CONVÊNIO: Dacort IDADE: _____ SEXO: ☐ M ☐ F

NÚMERO DA CARTERA: _____ INICIAL: 160

GUIA DE INTERNAÇÃO: _____ TERMINAL: ☒ 160

SENHA: _____ HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO

DATA DE NASCIMENTO: _____ DATA: 18.03.19

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura distal de Fêmur

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): Dr. L. F. F. F.

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): Dr. L. F. F. F.

Equipe Anestesiológica: Leivaldo Francisco Instrumentador(e): _____

Procedimentos Realizados: Fratura - Complexo Fx29

Códigos: _____

Horário: 07h00

AGENTES	QUANTIDADE	AGENTES	QUANTIDADE
Atrofia		Atrofia	
Atropina		Atropina	
Bupivacaína Isobarbit		Bupivacaína Isobarbit	
Bupivacaína Hipobarbit		Bupivacaína Hipobarbit	
Bupivacaína % Isdr		Bupivacaína % Isdr	
Cloro		Cloro	
Cicrano		Cicrano	
Desodron		Desodron	
Dipirona		Dipirona	
Diprivan		Diprivan	
Diprivan PFS		Diprivan PFS	
Delidex		Delidex	
Dormonid 15mg		Dormonid 15mg	
Efedrina		Efedrina	
Esmeron		Esmeron	
Fentaal		Fentaal	
Fisyl		Fisyl	
Fornas		Fornas	
Halotano		Halotano	
Hidrocortisona		Hidrocortisona	
Hipnômidade		Hipnômidade	
Ketazol		Ketazol	
Ketila		Ketila	
Ketalar		Ketalar	
Lasix		Lasix	
Lidocaine		Lidocaine	
Midazolam		Midazolam	
Morfina 2 mg		Morfina 2 mg	
Narcan		Narcan	
Nasobin		Nasobin	
Nitrid		Nitrid	
Noradrenalina		Noradrenalina	
Norsuron		Norsuron	
Ochocina		Ochocina	
Pavulon		Pavulon	
Plasil		Plasil	
Profenid		Profenid	
Prostigmina		Prostigmina	
Quelicin		Quelicin	
Rapten		Rapten	
Reylan		Reylan	
Sevoflax		Sevoflax	
Sufento		Sufento	
Tissil		Tissil	
Tacum (Atacurto)		Tacum (Atacurto)	
Ultiva		Ultiva	
Valium		Valium	
Xylocaine		Xylocaine	
Xylocaine Hipobarbit		Xylocaine Hipobarbit	
Xylocaine Spray		Xylocaine Spray	
Zofran		Zofran	
Água Destilada - 250ml		Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml		Água Destilada - 10ml	
S. Fisiológica 2 000		S. Fisiológica 2 000	
S. Glicosado		S. Glicosado	
S. de Ringer		S. de Ringer	

PACIENTE: Leandro da Silva 1100
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 18/05/19 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: W. H.
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Pneumotórax
 TIPO DE OPERAÇÃO: torax
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: torax

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____

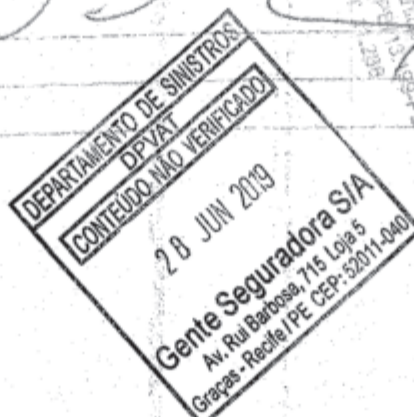
EXAME RADIOLOGICO NO ATO: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: torax TÉCNICA: ligadura DRENAGEM: sl TURA-MATE: empregado ASPECTO: viceras

torax
torax
torax
torax
torax
torax
torax
torax
torax
torax



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Renildo Pereira da Silva

ALIA: 12/11/19

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA: 18.03.19

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS:

HORÁRIO

18/03/19 Ver zero

S.F.L. 0000

Ceftriaxona 1000mg

Amoxiclavina 1000mg

Clonazepam 0,5mg

Losartano 50mg

Paracetamol 1000mg

Insulina 10UI

Insulina 10UI

Insulina 10UI

Insulina 10UI

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com febre 38,5°C
do pulmão, extenso para
trax. em p.

Dr. Renato Machado de Jesus
CRM 39529/DF
TOD 11-2019

PACIENTE:

Leivado Ferreira

ALER:

HN

LEITO:

86-1

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

19/5/19

Amo amo

Sfronho 1800

Cefotax 1000

Amo 1000

Alap 90

Amo 1000

Clonaz

Demigra 100

Bea 1000

Demigra 100

Demigra 100

EVOLUÇÃO MÉDICA

Amo mo 1000
A.O. mediana

ACTA 19:00hs

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

88211 1031
CIMA 3000 100115
Dr. Nelson M. de Costa

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Leiva, Eda

Penneira

IDADE:

ALA:

MN

LEITO: 86-3

MÉDICO:

D. Barilho

DATA:

19/03/19

MANHÃ

Pact. consciente, orientado.
admitido em P.O.M. com afeita
hospitalar, para 14 horas.
da m.c.p.m. segue sem alterações.
dados.

CAIO SILVIO DE JESUS
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PR 047.101

TARDE

NOITE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Benivaldo Feneup

IDADE:

ALA: M.V

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 18/03/19

MANHÃ

Paciente evolui com quadro estável com
contato respiratório estável com
respiração direta no nariz e auscultação

da superfcia do N. Ribeir
Técnico em Enfermagem
COREN-PR 702.127

TARDE

Paciente evolui em R.O.T. estável
consciente, orientado futo R.X
de controle anexo ao prontuário
seguiu com plano de Sução

Beatriz Bezerra da Silva
Téc. Enfermagem
COREN 239011

NOITE

Paciente evolui estável com
curva med que segue sob
cuidados da enfermagem.

Elaine da Silva Porto
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

949431 LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

18.03.2019

HOSPITAL ANTONIO TARGINO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482964488

NOME

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6855949 SDB PE

CPF

047.754.194-12

DATA NASCIMENTO

08/04/1982



FILIAÇÃO

EDIVALDO FERREIRA DA S
ILVA
MARIA DAS GRACAS VIEIR
A DE ESPINDOLA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

03696601110

VALIDADE

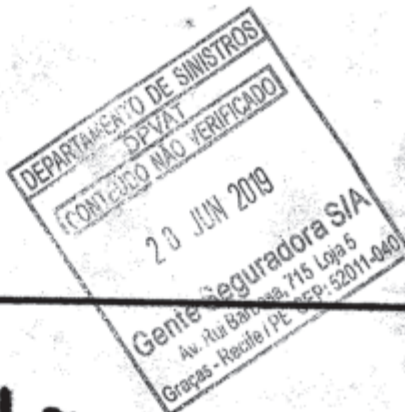
15/07/2022

1ª HABILITAÇÃO

29/09/2005

OBSERVAÇÕES

EAR



Lenivaldo Ferreira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO

01/08/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

81101410686

PE080224113

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482964488



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482964488

NOME

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6855949 SDB PE

CPF

047.754.194-12

DATA NASCIMENTO

08/04/1982



FILIAÇÃO

EDIVALDO FERREIRA DA S
ILVA
MARIA DAS GRACAS VIEIR
A DE ESPINDOLA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

03696601110

VALIDADE

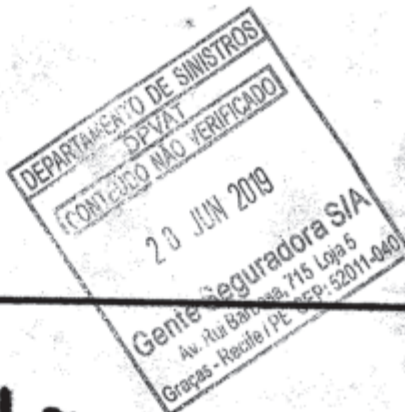
15/07/2022

1ª HABILITAÇÃO

29/09/2005

OBSERVAÇÕES

EAR



Lenivaldo Ferreira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO

01/08/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

81101410686

PE080224113

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482964488



Corporação Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 55055-902
CNPJ 16.833.320/0001-09 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULADORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SURUBIM
SULUBIM/PE
55.750-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE CANCELAMENTO
04/04/2019	04/04/2019



Cadastro Aberto (M/M)
Cadastro: Bim. Pública Municipal
ICMS Substituição-CDE Nº 04534881-07/01/19
ICMS Substituição-CDE Nº 042147438-05/02/19

172.000.000
0,77338892
132,01
21,18
0,81
0,97

TOTAL DA FATURA

Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	Nº de	Alíquota	Consumo (kWh)
Medidor	Função	DATA	DATA	CONTADOR		
CE0314	CAT	08/03/2019	04/04/2019	27	1,69902	172,00

RESUMO DE CONSUMO

Medição kWh	ICMS	PIS	COFINS	Valor do	%	Imposto
04/04/19 172	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 162	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 152	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 142	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 132	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 122	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 112	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 102	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 092	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 082	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 072	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 062	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 052	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 042	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 032	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 022	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 012	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01
04/04/19 002	123,01	26,00	1,25	150,26	87,19	129,01

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre no perfil e/ou perfil de usuário, fornecendo corretamente, seu nome completo, endereço completo, e-mail e telefone para contato. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido das informações fornecidas. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido das informações fornecidas. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido das informações fornecidas.

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 10926218-88P PE
DATA DE NASCIMENTO: 06/06/1968
LUGAR DE NASCIMENTO: OLIVEIRA SOBRINHO
DALYANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

DATA DE EMISSÃO: 15/12/2018
VALIDADEZ: 15/03/2028

ATUALIZAÇÃO DE SINISTROS
DPVAT
CONTABILIZADO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lote 6
Grupos - Recife/PE CEP: 51.040-000

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA DE EMISSÃO: 15/12/2018
CÓDIGO DE BARRAS: 47587678291
E0070295667

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEUVARDO FERREIRA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 16/02/19 CPF DA VÍTIMA 04775419412
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE AFEIUNDA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEIRO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO ASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55350000
 E-MAIL aquelesbrunoyano.com TELEFONE (84) 96550454



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTABILIDAD
23 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. 15 de Mayo 1501-040
Gracias

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR ISSQN
ADOS ADICIONAIS			

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ado de Pis/Cofins, IPC-Issento de Pis/Cofins
8/93, 129/97 ART.33 DO 18930/07 PG. *

RESERVADO AO FISCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403230 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 13,18 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

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 JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 047.754.194-12

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

Titular do CPF: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA : 047.754.194-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19

Número do Sinistro: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 047.754.194-12

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/08/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA