



Número: **0027452-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVSON GUIMARAES DE AQUINO (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65755344	04/08/2020 13:24	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200179565

Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVSON GUIMARAES DE AQUINO

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, contados 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

Carta nº 15779125

Pag. 0001000020 - carta_01 - INVALIDEZ

00020460





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.382.524-39 4 - Nome completo da vítima: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO

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

5 - Nome completo: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO 6 - CPF: 071.382.524-39

7 - Profissão: HISTORIADOR 8 - Endereço: RUA CIOQUENTA E CINCO 9 - Número: 144 10 - Complemento: LOTE 22

11 - Bairro: JARDIM PAULISTA 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.409-560

15 - E-mail: bobimorfe@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (31) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Proibição 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
☐ SEM RENDA

☒ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para bancos estatais. Anexar uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 7474

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 32128

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que esta 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 informado, solicito o prolongamento 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 5.194/74, art. 2º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vintes)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: falecidos:

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário eletronicamente

35 - Nome legal de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legal de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Maracá e Lúcio 14/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

FPS.002 V002/2019





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19071110B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 8.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.538, de 9 de outubro de 2018 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número da certidão 2896C798D1P5C4C5F98D44CAF9e77.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/12/2019 Hora: 07:20 Município: ABREU E LIMA/PE
BR: 101 KM: 50,1 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: DE SANTANA, 1183747

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 23/12/2019, por volta das 07:20h, no Km 50 da Br 101 em Abreu e Lima/PE sentido Paulista/Igarassu, ocorreu um acidente do tipo Atropelamento de pedestre com feridos. O veículo envolvido foi a motocicleta HONDA/XRE 300, placa PFA 6805 (V1). Com base nas informações passada no local por terceiros e pelo condutor de V1, constatou-se que V1 transitava na pista de rolamento quando atropelou o pedestre que tentava atravessar o leito carroçável. Quando a PRF chegou à ocorrência, não foi encontrado V1 e o local do acidente não fora preservado. A velocidade para a via é de 60 Km/h. O pedestre não atravessou a via em sua faixa. Assim sendo, conclui-se que a responsabilidade pelo acidente recai sobre o pedestre que apesar do local constar uma faixa de travessia com um agente de trânsito orientando a passagem dos pedestres não obedeceu a sinalização optando por atravessar o leito fora da faixa de passagem de pedestre.



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Polícia Rodoviária Federal, em 23/12/2019, conforme livro oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 19 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.319, de 8 de outubro de 2019 e no inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-CG, de 10 de novembro de 2019.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/consultas/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2895C796D1FBC4C8F796C44CA19677.

191



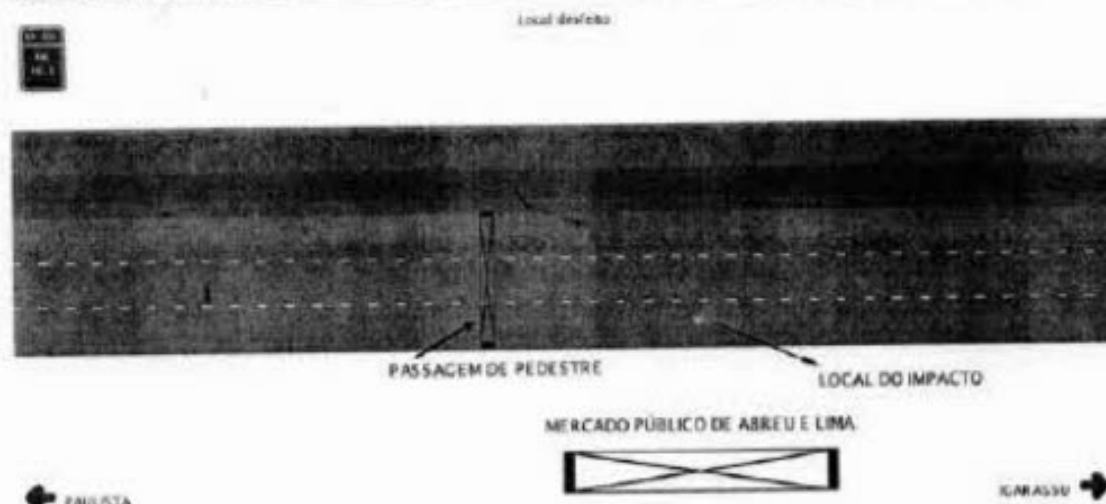


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PFA6805 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: PFA6805 Marca/modelo: HONDA/XRE 300 Renavam: 00464476690
Ano fabricação: 2012 Chassi: 9C2ND0910CR011267 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Verde
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Não foi possível informar os danos do veículo.



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, inscrito 1193747, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2012, conforme boletim oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.205-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2011 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-00, de 13 de novembro de 2010.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotela/validacao>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2255C795C1FBC4C5F796DA4CA947

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/XRE 300

Placa: PFA6805

Nº BOAT: 19071110B01

Nome do Agente: DE SANTANA

Matrícula do Agente: 1183747

Data: 23/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Polícia Rodoviária Federal, em 23/12/2019, conforme endereço oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2010 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61, DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/montab/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2595C755D1F8C+CSF76ED44CAF9477.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

V1 - Proprietário

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
Email:
Endereço: ABREU E LIMA-PE

CPF/CNPJ: 071.382.524-39
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - IVSON GUIMARAES DE AQUINO

V1C - Informações

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
CPF: 071.382.524-39
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 26/02/1987
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 23/09/2009
Vencimento da habilitação: 16/01/2024

Nº Registro: 04762400118
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SETENTA, 0000000036, CAETES III, ABREU E LIMA-PE
Telefone: 984416915

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - Bianca Lima de Cruz Melo

V1P1 - Informações

Nome: Bianca Lima de Cruz Melo
Nº de Identificação/órgão expedidor: 8.226.462/SOS-PE
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 03/12/1990
Sexo: Feminino
Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: Rua 55, 144, Jardim Paulista
Telefone:

Email:

V1P1 - Encaminhamento



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, marcelo, 1183147, Polícia Rodoviária Federal, em 22/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 4.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61, CG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C799D1F5C4C9F79ED4CAF6477.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Encaminhado pelo SAMU para a UPA de Igarassu

E1 - PEDESTRE - ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

E1 - Informações

Nome: Antonio Carlos dos Santos

Data de Nascimento: 07/09/1967

Envolvimento: Pedestre

Nº de Identificação/órgão expedidor: 132.573
/SDS-
PE

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados de Contato

Endereço: DESTERRO, ABREU E LIMA-PE

Telefone:

Email:

E1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Unidade PRF

Informações complementares: Sorrido pelo Helicóptero da PRF



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Polícia Rodoviária Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 16 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 8.526, de 6 de outubro de 2015 e no artigo 1º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-CG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade desta declaração pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobaseautenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2080G793D1F0C4C5F78ED44CA75475.

191





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.382.524-39 4 - Nome completo da vítima: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO

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

5 - Nome completo: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO 6 - CPF: 071.382.524-39

7 - Profissão: HISTORIADOR 8 - Endereço: RUA CIOQUENTA E CINCO 9 - Número: 144 10 - Complemento: LOTE - 22

11 - Bairro: JARDIM PAULISTA 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.409-560

15 - E-mail: bobimorfe@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (31) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Proibição do Representante Legal:

Declara, 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
☐ SEM RENDA

☒ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para bancos state. Anexar uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 7474

CONTA: 32128

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que esta 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 informado, solicito o prolongamento 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 5.194/74, art. 2º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vitória)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: falecidos:

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

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

34 - Impossível digitalizar vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Maracá e Lúcio 14/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

FPS.002 V002/2019





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000051 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). IVSON GUIMARAES DE AQUINO, 32 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6359436 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 071.382.524-39, residente à RUA SETENTA, nº 36, CAETES III, ABREU LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 23/12/2019, por volta das 07:45 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBÓ ABREU E LIMA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA XRE 300, VERDE, PFA6805-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) IVSON GUIMARAES DE AQUINO, inscrito sob o CPF nº 071.382.524-39 e Registro Geral nº 6359436, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710121-0 FRANÇA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº 1167784. Ficou aos cuidados do médico MARILIA LIMA, registro 23640. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 19/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2020/APH000051

Av. João de Barros, 399 - Bon Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1,687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07474

CONTA: 000000032128-3

Autenticação:

2826358647E6F5CF7D5438EA8E1FCE2AF4AE24869948B7C7964B98D86D040424



2 of 3

04/05/2020 15



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SÃO PAULO
 ATENDIMENTO: OVENIO BRASIL - SAN. 00033 - LOJA 5 - CENTRO
 ADEU 6: LIMA PE 53520-170

ROSEMARY LIGIA FERNANDES SANTOS - CPF: 003600000-7 / 04/2020
 R: JOAQUIM NABUCCO, N. 00030 - TIPO: ADEU E LIMA PE 53520-170
 INSCRIÇÃO: 165.135.129.0443 - END. SAIRTO: 7 - DEB. AUTOMÁTICO: 305060007

LIGADO	POTENCIAL	PERÍODO	CONSUMO
1	1	1	1

AL/5224252 28/01/2020 29/02/2020 MEDIA HD

AGUA:
 LIT ANT: 5 CONSUMO: 1
 LIT ATU: 5
 LIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	Q1	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. PORT. MS 2.024/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIT.	
01/2020	01	TURBIDIDADE	48	48	48	
02/2020	01	CLOR. APARENTE	48	48	48	
03/2020	01	CLOR. RESIDUAL	48	48	48	
04/2020	01	COLIF. TOTAIS	48	48	48	
05/2020	01	COLIF.	48	48	48	
MEDIA	01					

Qualidade da Água: www.compsa.com.br

995.1 COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 2105 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 13105 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 m3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 m3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020		2,37

DEBITO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
108,97	15/03/2020	1,65
108,97		1,80
		8,78

15/03/2020 **111,09**

MENSAGEM:
 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURAMENTO PENDENTE, NO
 TOTAL DE R\$ 131,16. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
 TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0600 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/biblioteca/web/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 **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **IVSON GUIMARÃES DE AQUINO** inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.382.524-39**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **IVSON GUIMARÃES DE AQUINO**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.382.524-39**, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 14 de Maio de 2020.
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2019 08:27

Nome Paciente:	IVSÓN GUIMARAES DE AQUINO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/02/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	32 anos
Senha:	0049
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 23/12/2019 08:29 - 23/12/2019 08:31

ANA CAROLINA DE ARAUJO OLIVEIRA - COREN: 321360 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS, EM MACA + COLAR CERVICAL, RELATA DOR EM MSE, NEGA TCE, NAUSEAS, VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA

Observação: HAS -
DM -
ALERGICO A DIFENONA

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 6

Acolhido(a) por: ANA CAROLINA DE ARAUJO OLIVEIRA - COREN: 321360 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2019 08:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1167784

Senha da Classificação:

Data e Hora: 23/12/2019 08:34

0049

Paciente: 152008 IVSON GUIMARAES DE AQUINO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 26/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: IVETE MARIA FERREIRA Nome do Pai: IVAN GUIMARAES DE AQUINO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SETENTA 36 Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545080 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): 6359436 SUS/PE Data de Emissão: CNS: 706001133305633
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07138252439 Fone: 84416915
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA-IGARASSU
FATURADO

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: 23/12/19

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Infarto agudo do miocárdio com
supradesnível do segmento ST
na parede anterior

EXAME FÍSICO:

Exame físico normal, sem sinais
de insuficiência cardíaca

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Infarto agudo do miocárdio

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Ex - ECG

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Tratamento com aspirina 100mg
e clopidogrel 75mg
Tratamento com AAS 100mg
e clopidogrel 75mg
Dietas VO livre.

23/12/19

9:51

Médico / Cremeps:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremeps:

NARCIZA LIMA SOARES
ORTOPEDISTA PLANTONISTA
CRM: 12345

Flaviana Cabral
CRM: 12345



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASSICOREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASSICRESS)

Declaração de acompanhamento do acompanhante.

Valdênio Viana

Assistente Social

Valdênio Viana

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☒ TRANSFERÊNCIA

LOCAL: *HMA - Tijuca*

SENHA: *5843745*

☐ ÓBITO

Data: */ /*

AS *1*

☐ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IMI

MARILIA LIMA GOMES
Médico(a) Criminoso(a)

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: */ /*

HORA: *:*

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA <u>5843743</u>
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>Marcelo da Silva</u>	Idade: <u>30 a</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

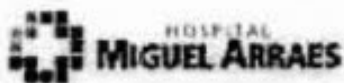
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA*First visit***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Terape

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

23/12/19
Local e dataMARILIA LIMA CONES
Médico Assistente



TRANSFERÊNCIA – PLANTÃO RESTRITO

NOME: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO

Transfiro o paciente supracitado à unidade de origem pois o plantão encontra-se restrito devido a superlotação e falta de espaço físico. No momento o plantão encontra-se aberto apenas para URGÊNCIAS ABSOLUTAS/EMERGÊNCIAS (fraturas expostas, fratura-luxação, infecções, etc...).

Como paciente em bom estado geral, sem necessidade de abordagem cirúrgica de urgência e sem risco de morte iminente ou risco de seqüela no momento, por ordem da direção deste hospital o paciente deverá retornar à unidade de origem e permanecer aguardando nova transferência após contato prévio com a emergência deste hospital nos próximos plantões e confirmação de disponibilidade de leitos disponíveis para internação.

Desculpe pelo transtorno e agradecemos pela compreensão.

Paulista, 23 de setembro de 2019

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2019 20:14

	Nome Paciente:	IVSON GUIMARAES DE AQUINO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	26/02/1987
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32 anos
	Senha:	0176
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 23/12/2019 20:22 - 23/12/2019 20:23

DENISSE TABATA CAVALCANTE DE BRITO - COREN: 10866 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE RETORNA DO HMA COM CONTRA REFERENCIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 2

Acolhido(a) por: DENISSE TABATA CAVALCANTE DE BRITO - COREN: 10866 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2019 20:23

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1168005

Senha da Classificação:

0176

Data e Hora: 23/12/2019 20:26

Paciente: 152006 IVSON GUIMARAES DE AQUINO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 26/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: IVETE MARIA FERREIRA Nome do Pai: IVAN GUIMARAES DE AQUINO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SETENTA -- 36 Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545080 Usuário Atendimento: ADRIANAOSC
RG (Identidade): 6359436 SDS/PE Data de Emissão: CNS: 708901133395533
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07138252439 Fone: 84416015
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

IMPEDIMENTO
FATURADO

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Dieta Livre	
2) Paracetamol 200mg a 5/9h/280mg 5V	
3) Analgésico	
4) Colar de gesso	

Dr. Fadner Athayd

Médico / Crampepe: Médico Ortopedista
CRM 15853 - TEOT 1256

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crampepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS _____ ☐ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IML

Médico / Cremeps:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho o absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



LIPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE CURASSU HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE		LMIP HOSPITAL																					
NOME:		IDADE:		ATENDIMENTO:		DATA:																					
Jerson guimarães						13/12/19																					
MONITORIZAÇÃO																											
	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	ASS.	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h	ASS.	
PA																			130/80					130/80			
FC																											
T ax																											
FR																											
SPO2																											
CHENOTEMPA																											
ASPTRAQUEAL																											
HGT																									111		
DOR																											
DIURESE																											
ELIMINAÇÕES																											
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO														ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO NOTURNO													
HORA														HORA	aguardo transferência para H.M.A, até 24-12-19 conveniência.												
NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN														NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN													
														We + Ana + Vanessa													



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Thaís Guimarães de Aquino Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	
23/12/19 14:30	Acumula segue em remissão ao HMA em ambulância da unidade com fe. de enfermagem + acompanhante.
22:40	Inscrito em convênio senha 657444
23/12/19	<i>[Assinatura]</i> 100ml 9529
23/12/19 08:40	Procedimento realizado integral, comente: metade, captação, expresse, ref. exame periférico. Segue aguardando exames
24/12/19 09:45	Segue em remissão para H. Santa Angela. Segue sem alterações.
	<i>[Assinatura]</i> Virginia Mota COREN-PE 20041 EM



**PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS
CONTROLE DE APLICAÇÕES**

Nome: NSSW GITHVASY Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Prescrição e Tratamento	Dose	Via	Intervalo	Horário
24/12/15	1) Siga vitas				
	2) Siga 2/3 sda (1) 24h				17.
	3) Siga 100% (1) 24h				17.
	4) Siga 100% (1) 24h				17.



**UPA24h**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
GARASSUSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICAGESTÃO
IMIP

DATA: 24/12/19 HORA: 08:35

1. IDENTIFICAÇÃO**HISTÓRICO**Nome: Yves Guimarães de Aguiar Idade: 32 Nº do atendimento: _____
Procedência: _____ Acompanhado por: _____**2. QUEIXAS PRINCIPAIS**Fratura de Costela E**3. ANTECEDENTES PESSOAIS**() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
() Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____**4. ESTADO GERAL****EXAME FÍSICO**ESTADO GERAL: () Bom (☒) Regular () Grave**5. INTEGRIDADE DA PELE**(☒) Normocrado () Hipocrado () Cianótico () Cladótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
(☒) EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____**6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (☒) Consciente () Orientado () Desorientado () Inconsciente () Torporoso () Sodado PUPILAS: () Oito direito
() Oito esquerdo () Normais () Isocólicas () Anisocólicas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorrugeite**7. ESTADO EMOCIONAL**ESTADO EMOCIONAL: (☒) Cooperativo () Chorooso () Irritado () Soneento () Ansioso () Agitado**8. SINAIS VITAIS**T. AXILAR: () Afebril () Febril $^{\circ}\text{C}$ FR: _____ bpm Sat O₂: _____ % () Eupneico () Dispneico () Trequenstomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepítantes FC: _____ bpm
PA: _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
() Periférico LOCAL: _____**9. SISTEMA GASTROINTESTINAL**DIETA: (☒) TYO () Acutea bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tense () Distendido () Globoso () Plano
() Bócoroso () Aciático () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flato () Diarréia Nº evacuações: _____ Aspecto: () Normal
() Mucoso () Líquido () Melena () Odor fétido () Odor característico EMASE Aspecto: () Hematênese () com resíduo alimentar**10. SISTEMA GENITOURINÁRIO**DIURESE: (☒) Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistotomia () Imigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria**11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**MOBILIDADE: (☒) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PAHESIA Local: _____
() AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____**12. OBSTETRÍCIA**Cesta: Para Aborto DUM: _____ / _____ / _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____

1. ☐ Padrão respiratório prejudicado	☐ Manter decúbito elevado a _____ graus. ☐ Aspirar VAS com técnica asséptica S/N ☐ Comunicar alterações da frequência respiratória ☐ Outros:
2. Dor ☐ Crônica ☒ Aguda	☒ Anotar localização e as características da dor ☐ Aplicar escala de dor (0 a 10) ☐ Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação ☐ Outros:
3. ☐ Instabilidade de pressão arterial	☐ Aferir pressão arterial a cada ____ / ____ h ☐ Manter decúbito no leito a _____ graus ☐ Outros:
4. ☐ Edema Local: _____	☐ Descrever características do edema ☐ Registrar presença de inflamação / infecção ☐ Outros:
5. Temperatura Corporal ☐ Diminuída ☐ Elevada	☐ Aferir temperatura de ____ / ____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ ☐ Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia ☐ Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia ☐ Outros:
6. Glicemia Prejudicada ☐ Diminuída ☐ Aumentada	☐ Aferir e registrar HGT de ____ / ____ h ☐ Outros:
7. ☐ Náuseas	☐ Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições ☐ Registrar e comunicar frequência e características do vômito
8. ☐ Vômitos	☐ Registrar frequência e aspecto da diarreia
9. ☐ Diarreia	☐ Outros:
10. ☐ Integridade da pele prejudicada	☐ Registrar e comunicar alterações na integridade da pele ☐ Realizar higiene íntima após eliminações ☐ Manter lençóis limpos secos e esticados
11. ☐ Risco para lesão	☐ Diminuir pressão nas proeminências ósseas ☐ Outros:
12. ☐ Depressão	☐ Manter vigilância constante ☐ Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente
13. ☐ Uso de álcool	☐ Manter grades elevadas ☐ Realizar contenção no leito S/N ☐ Outros:
14. ☐ Risco para aspiração	☐ Manter decúbito a 45° ☐ Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ☐ Outros:
15. ☐ Risco para infecção	☐ Evitar manuseio excessivo do paciente ☐ Anotar e comunicar alteração de temperatura $> 37,2^{\circ}\text{C}$ ☐ Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos ☐ Outros:
16. ☒	☒ SSW ☐ ☐ ☐ ☐ Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica FC- Frequência Cardíaca DUM- Data da última menstruação VAS- Via Aérea Superior	MMSS- Membros Superiores VO- Via Oral IG- Idade Gestacional	MMII- Membros inferiores SVD- Sonda vesical de demora SNG- Sonda Nasogástrica	FR- Frequência respiratória SVA- Sonda vesical de alívio SNE- Sonda Nasoenteral
--	---	---	---

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO <i>Virginia Mota</i> COREN - RJ 25.041.156	Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO
Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO	Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

Reg.: 675730 Pront.: 1197557

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 26/02/1987

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 32

Admissão: 24/12/2019 10:54

Alta: 30/12/2019 10:00

Admissão:

S52.1 FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta

PACIENTE COM FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO GRAU II, HÁ UMA SEMANA, BLOQUEIO DE 40% DE PRONAÇÃO. TRATAMENTO INCRUENTO, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Diagnóstico:

Principal S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA.

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	24/12/2019 10:54	30/12/2019 10:00	6 dia(s)

Orientação:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO COM DR. HENRIQUE BARBOSA COM 21 DIAS
TALA AXILO PALMAR
ANALGESIA
RX DE CONTROLE

Condição de Alta: Curado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **IVSON GUIMARÃES DE AQUINO**, prontuário nº **1197557**, admitido neste hospital em 24/12/2019 com diagnóstico de Fratura de cabeça do rádio esquerdo, paciente sem indicação cirúrgica no momento, sendo submetido a tratamento conservador. Recebeu alta hospitalar em 30/12/2019 com acompanhamento ambulatorial.

Recife, 17 de Março de 2020.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 49434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HSA	
--	--

Identificação do Paciente 4 - NOME DO PACIENTE IVSON GUIMARAES DE AQUINO		5 - DATA DE NASCIMENTO 6 - SEXO 7 - RACIA 8 - RACIA 9 - RACIA 10 - RACIA 11 - RACIA 12 - RACIA 13 - RACIA 14 - RACIA 15 - RACIA 16 - RACIA 17 - RACIA 18 - RACIA 19 - RACIA 20 - RACIA
---	--	---

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
---	--

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR Tratamento Cirúrgico de Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo	22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR 0 4 0 8 0 2 0 3 8 9
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica	24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0 3 0 8 0 1 0 0 1 9

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico. Paciente reavaliado, com Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo Grau II, há uma semana, bloqueio de 40% de pronação, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatorio de Dr. Henrique Barbosa.	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. HENRIQUE BARBOSA	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/12/19
35 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 7 1 7 4 6 2 2 6 4 4 0	36 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 

AUTORIZAÇÃO	
37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 38 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	39 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 40 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:675730 Prontuário:1197557 Data de Nascimento:26/02/87 Idade:32
ANO(S)
Nome do Paciente:**IVSON GUIMARAES DE AQUINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:IVETE MARIA FERREIRA
CPF: 07138252439

Data: 30/12/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S524 - FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura de Cabeça do Rádio
Esquerdo CÓDIGO: 0408020369

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: 1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica
CÓDIGO:0308010019

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA		
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS,

RESUMO DE CASO: Paciente vitima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.

Paciente reavaliado, com Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo Grau II, há uma semana, bloqueio de 40% de pronação, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatorio de Dr. Henrique Barbosa.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Dr. Henrique Barbosa
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/08/2020 13:24:38

Dr. Henrique Barbosa
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/08/2020 13:24:38





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:675730 Prontuário:1197557 Data de Nascimento:26/02/87 Idade:32
ANO(S)
Nome do Paciente:**IVSON GUIMARAES DE AQUINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:IVETE MARIA FERREIRA
CPF: 07138252439

Data: 30/12/2019

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

**MOTIVO DA ALTA
OUTROS:**

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 10531



Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 10531







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **071.382.524-39**

Nome: **IVSON GUIMARAES DE AQUINO**

Data de Nascimento: **26/02/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/12/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:43:58** do dia **21/01/2020** (hora e data de Brasília)
Código de controle do comprovante: **11C4.CDB9.D8F9.83AA**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140240/20
Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
CPF: 071.382.524-39
Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/12/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

IVSON GUIMARAES DE AQUINO : 071.382.524-39

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: 15/05/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200179565 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO Data do acidente: 23/12/2019 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.15/16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO 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 dos cotovelos	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: 3200179565 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO Data do acidente: 23/12/2019 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.15/16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: VIGILANTE
Identidade: 6.359.436-SDS/PE CPF: 071.382.524-39
Endereço: RUA LIQUENTA E LIMO, Nº 144, LOTE 22,
JARDIM PAULISTA, NAVARRO, PAULISTA-PE, CEP-53.409-560

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 23/12/2019, cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



ABREU E LIMA 21-01-2020
Local e data

IVSON GUIMARÃES DE AQUINO

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



Selo Digital: 0350407.PSK32201004.03987
Cygo Monteiro Valadarez Pires, Lda este

