
Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605289

Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VIRGILIO REIS 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605289

Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VIRGILIO REIS DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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: **VIRGILIO REIS DA SILVA**

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

Banco: **341**

Agência: **000000874**

Conta: **0000061315-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 736.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGILIO REIS M SILVA

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

5 - Nome completo: VIRGILIO REIS M SILVA 6 - CPF: 736.114.254-00
7 - Profissão: ADONDO-PEDREIRO 8 - Endereço: RUA M PAZ 9 - Número: 63 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: OLIM PIETI 12 - Cidade: OLIM M 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.370-269
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 38058-1910

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLIM M, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

Virgilio Reis da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 736.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGÍLIO REIS M SILVA

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

5 - Nome completo: VIRGÍLIO REIS M SILVA 6 - CPF: 736.114.254-00
7 - Profissão: ADONDO-PEDREIRO 8 - Endereço: RUA M PAZ 9 - Número: 63 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: OLIM PIETI 12 - Cidade: OLIM M 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.370-269
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 38658-1910

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, OLIM M, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

Virgilio Reis da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

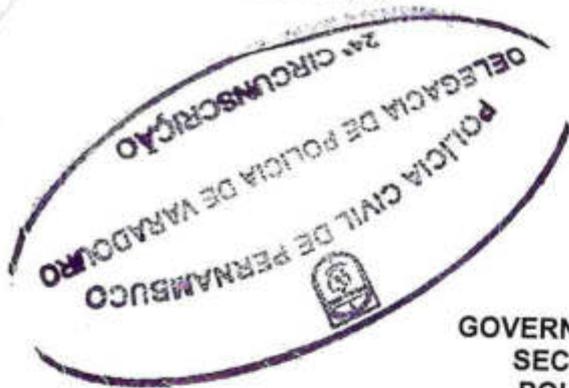
DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114006993

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às **12:00**

Complementa o BO Número: **19E0114006627**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, LINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VIRGILIO REIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **VALDETE REIS DA PAZ** Pai: **FRANCISCO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **5/4/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3652353/SDS/PE (RG). 73611425400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PEDREIRO (A)**
Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE O CONDUZIU PARA A UPÁ DE OLINDA, LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA.

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

Virgílio Reis da Silva

VIRGILIO REIS DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **Sandra Maria Medeiros Fialho** - Matrícula: **3853985**

Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114008303**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **10:20**

Complementa o BO Número: **19E0114008302**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/5/2019** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO (OUTRO)
VIRGILIO REIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)-Sr(a): CONDUTOR
DESCONHECIDO



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

VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **VALDETE REIS DA PAZ** Pai: **FRANCISCO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **5/4/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3652353/SDS/PE (RG), 73611425400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PEDREIRO (A)**

Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PROPRIETARIO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADA.**

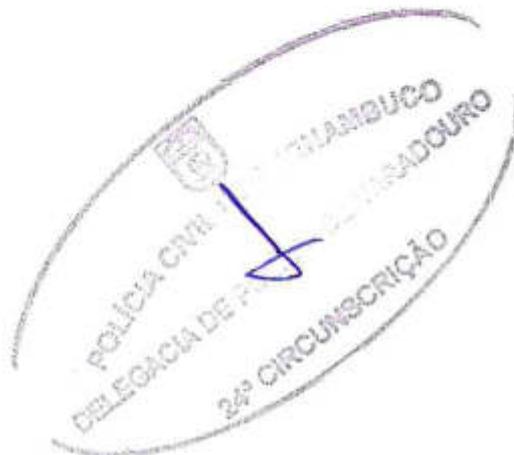
Complemento / Observação

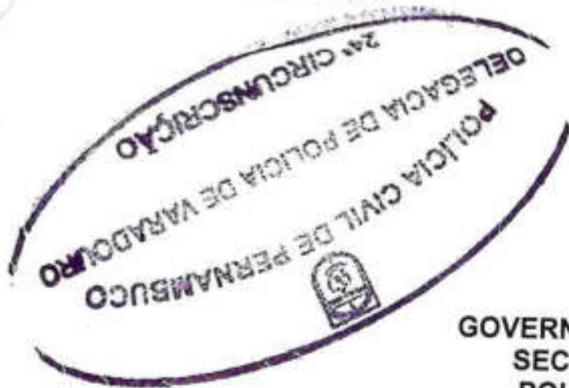
INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA S 633312, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO 1472091, PACIENTE 429507, E LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA. ALEGA O QUEIXOSO QUE NO DIA DO ACIDENTE, AGUARDOU O ATENDIMENTO EM SUA RESIDENCIA, E NA MANHÃ DO DIA SEGUINTE, DIA 27/05/2019, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DE OLINDA, E POR SE TRATAR DE UM CASO GRAVE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. ALEGA O QUEIXOSO QUE O LOCAL DO ACIDENTE, FICA A POUCOS METROS DA SUA RESIDENCIA.

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

Virgilio Reis da Silva
VIRGILIO REIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Julio Cesar Machado* **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114006993

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às **12:00**

Complementa o BO Número: **19E0114006627**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, LINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VIRGILIO REIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA Data de Nascimento: **5/4/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3652353/SDS/PE (RG). 73611425400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PEDREIRO (A)**

Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE O CONDUZIU PARA A UPÁ DE OLINDA, LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA.

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

Virgílio Reis da Silva

VIRGILIO REIS DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **Sandra Maria Medeiros Fialho** - Matrícula: **3853985**

Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114009167**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **12:35**

Complementa o BO Número: **19E0114008303**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/5/2019** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO (OUTRO)
VIRGILIO REIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO

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

VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA Data de Nascimento: **5/4/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3652353/SDS/PE (RG), 73611425400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PEDREIRO(A)** Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

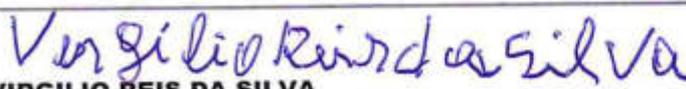
VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PROPRIETARIO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADA.**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, OS FAMILIARES CONDUZIU A VÍTIMA PARA SUA RESIDÊNCIA, PELO FATO DO IMÓVEL FICA A POUCOS METROS DO LOCAL DO FATO, E QUE AGUARDOU O ATENDIMENTO EM SUA RESIDÊNCIA, POIS O SAMUR ALEGOU NO MOMENTO NÃO DISPÔ DE NENHUMA VIATURA EQUIPADA COM MACA MOVEL PARA REALIZAR O SOCORRO, E NA MANHÃ DO DIA SEGUINTE, DIA 27/05/2019, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA, OCORRENCIA S 633312, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO 1472091, PACIENTE 429507, E LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA. E POR SE TRATAR DE UM CASO GRAVE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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


VIRGILIO REIS DA SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **SIDINEY ROSS DO AMARAL** - Matrícula: **319598-8**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 736.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGÍLIO REIS M SILVA

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

5 - Nome completo: VIRGÍLIO REIS M SILVA 6 - CPF: 736.114.254-00
7 - Profissão: ADONDO-PEDREIRO 8 - Endereço: RUA M PAZ 9 - Número: 63 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: OLIM PIETÓ 12 - Cidade: OLIM M 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.370-269
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 38058-1910

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLIM M, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

Virgilio Reis da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 736.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGILIO REIS M SILVA

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

5 - Nome completo: VIRGILIO REIS M SILVA 6 - CPF: 736.114.254-00
7 - Profissão: ADONDO-PEDREIRO 8 - Endereço: RUA M PAZ 9 - Número: 63 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: OLIM PIETI 12 - Cidade: OLIM M 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.370-269
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 38058-1910

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLIM M, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

Virgilio Reis da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Atendimento: 1472091

Senha da Classificação:

Data e Hora: 27/05/2019 10:31

0124

Paciente: 429507 VIRGILIO REIS DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 05/04/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: PAZ -- 48 Bairro: OURO PRETO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53370710 Usuário Atendimento: MENORAPZ
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores local e dor de cabeça. Abandono de...

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fratura local do fêmur.

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Prescrição livre. Erenty...
Enxofina 40mg - 120, 50, 1x/dia
() Diproflona 1g - 120 + 100 ev. 6/6h*
() Cetoprofeno 100mg - 120 + 50 + 100 ev. 12/12h.*

ARMACIA DI
ATENDIMENTO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para: *HMA*

Senha: *5692401*

Dr. Rodrigo F. da Silva Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 25.524
Carimbo Médico



1472091

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 10:24

	Nome Paciente:	VIRGILIO REIS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	05/04/1970
	Sexo:	Masculino
	Idade:	49
	Senha:	0124
	Convênio:	-
	Atendimento: SAME:	

Período: 27/05/2019 10:28 - 27/05/2019 10:29

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO ONTEM , REFERE DOR ME MID

Observação: ALERGIA -
HAS -
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

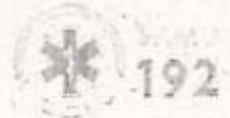
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 10:29



PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SAMU OLINDA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. VIRGILIO REIS DA SILVA, portador do R.G. 3.652.353 SDS-PE, foi socorrido pelo SAMU-192 Olinda - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, nº de ocorrência S-633312, no dia 27/05/2019, aproximadamente as 09:40h. na Av. Senador Nilo Souza Coelho, Ouro Preto - Olinda-PE, próximo a barraca Acerola, domicílio causas externa, acidente de trânsito (atropelamento por carro no dia 26/05/2019). Encaminhado UPA Olinda.

Olinda, 13 de Agosto de 2019.

Carlos Alberto
Adm./SAMU-192 Olinda

Carlos Alberto A. de Souza
Auxiliar Administrativo
Mat: 000457
SAMU - Olinda 192

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1400713778****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
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!

**WILLIAMS JOSE RAMOS E SILVA-
PROX.A RENAVE OFICINA DE
CARROS**

DATA DE VENCIMENTO**07/10/2019****TOTAL A PAGAR****R\$ 54,61****DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL**

04/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

075902584

**CONTA CONTRATO
2839168015****CLASSIFICAÇÃO**

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

PROX.A RENAVE OFICINA DE CARROS -
RUA DA PAZ 63 -OURO PRETO/OLINDA
-53370-269 OLINDA PE -

PERÍODO CONSUMO

05/08/2019 a 04/09/2019

CONSUMO

59

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 12,33

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

2839168015

MÊS/ANO

09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 54,61

VENCIMENTO

07/10/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

**Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitória ótica.**

838000000009 546100110029 839168015109 141448782131

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	VIRGÍLIO REIS DA SILVA			6 - Nº Prontuário	126093
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898000162510855	05/04/1970	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	VALDETE REIS PAZ			12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	CLEIDE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
AVENIDA SENADOR NILO COELHO, 3340 - OURO PRETO					
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53370970		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 NTE, 49 ANOS, REFERE TER SIDO VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 01 DIA. RELATA DOR E DÉFICIT FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO. NEGLIGÊNCIAS E COMORBIDADES COMUNIS. É ALCOOLISTA.

21 - Condições que justificam a Internação
 TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO	S720	W199 V03.9	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	0408050489		
Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	204324792650006
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE	27/05/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261910218247-7

DADOS DO PACIENTE

Paciente: VIRGILIO REIS DA SILVA		Prontuário: 126093
Idade: 49a 1m 22d	Sexo: M	Data de Nascimento: 05/04/1970
Profissão:	Estado Civil: SOLTEIRO	
R.G.: 3652353	Escolaridade:	
C.P.F.:	Telefone:	CEP: 53370970
Endereço: AVENIDA SENADOR NILO COELHO	, 3340 - OURO PRETO	- OLINDA - PE
Dados da Internação		
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 28/05/2019 07:51	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-07
Médico Internação: ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	FATURADO 26/06/19
Nome:	Cidade:	Estado civil:
		CLAUDIAN SOUSA FATURISTA [Assinatura]

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 06/06/19	Hora da Alta: _____ : _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: Boas condições clínicas	
Diagnóstico Principal.....: Fratura do Colo do Fêmur Direito	
Diagnóstico Secundário01.: Estivista	
Diagnóstico Secundário02.:	
Tratamento.....: RFFI com parafusos canulados	
	Dra Inete Braga Ortopedia/Traumatologia CRM 22.193 Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG
[Assinatura: Alexandre Camilo D. Silva]	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

[Assinatura: Virgílio Reis da Silva]
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 479515 **Prontuário:** 126093 **SAME:** 112846
Paciente..... : VIRGILIO REIS DA SILVA
Endereço..... : AVENIDA SENADOR NILO COELHO
Bairro..... : OURO PRETO
Cidade..... : OLINDA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 28/05/2019

Hora Atend: 22:21 **Data Atend:** 27/05/2019
Idade: 49 a

UF.: PE **CEP:** 53370970
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 07:49

Prestador da Evolução Médica: **ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE**

DIAGNOSTICO

A PEDIDO DA ENFERMEIRA DE PLANTAO

ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE / 13344
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 22:16

Nome Paciente: VIRGILIO REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 126093
Data de Nascimento: 05/04/1970
Sexo: Masculino
Idade: 49
Senha: 0042
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 479515
SAME:- 112846

Período: 27/05/2019 22:52 - 27/05/2019 22:57

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Dor: **VERDE**

Queixa Principal: PCR TRANSFERIDO DA UPA DE PAULISTA, SENHA 5692401, SUSPEITA DE FRATURA DE COLO DE FEMUR, PCT RELATA TER FEITO USO DE BEBIDA ALCOOLICA, VITIMA DE ATROPELAMENTO HA MAIS DE 12H. NÃO SABE INFORMA SE HOUE DESMAIO OU VOMITO

Reação: NEGA ALERGIA, HAS - OU DM -

Esquema sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- GLICOSE: 124.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 110.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.30 °C

REVISADO

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local
Thalyta Maryah
COREN-PA 339.753-ENF
Enfermeiro

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 22:57



Atendimento: 479515

Senha da Classificação:

0042

Data e Hora: 27/05/2019 22:21

Paciente: 126093 VIRGILIO REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VALDETE REIS PAZ

Nome do Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA SENADOR NILO COI --

3340

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ROBERTAMB

=====

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

=====

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 23h

Queixa Principal

Vide Internamente

Exame Fisico

Hipotese Diagnostico

FX de Coto Femur (F)

Prescrição Médica

(J)

Internamente

Mariana Adour
Tratamento Traumatologia
CRM: 26.483

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
 Causa Externa: Acidente/Molência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()
 SENHA 5692401

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 49
 Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Mãe: VALDETE REIS DA PAZ
 Cidade: Olinda 1472091 08/04/1970 Bairro: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/MOLÊNCIA)

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: Per Osadril (E)
 Hipótese Diagnóstica: Fratura Colo do fêmur (E)

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 ()
 Colocação 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

Aviso de Cirurgia : 57078
Paciente : 126093
Convênio Atend. : 1
Leito : 83
Dt. Início : 05/06/2019 09:40

Sala : 0002 SALA 02

VIRGILIO REIS DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 003
Dt. Fim : 05/06/2019 10:55

Atendimento : 479563
Carteira :
Idade : 49 Anos

Cid Pré-Operatório : S728

FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050489

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR
(SINTESE) (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
ANESTESISTA

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: FRATURA DO COLO FEMORAL DIREITO
CIRURGIA : REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM
CIRURGIAO: DR. JULIANO MACHADO
1º AUXILIO : DR. THIAGO MENDONÇA
2º AUXILIO : DRA. MARIANA CAVALCANTI
ANESTESIA : RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA : DR. JULIO MAIA
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA :

DESCRICAÇÃO

- 1) DECUBITO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO
- 2) REALIZAÇÃO DE REDUÇÃO FECHADA COM CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 3) INSERÇÃO DE 3 FIOS GUIAS EM FORMATO TRIANGULAR NO COLO FEMORAL E CHECAGEM NO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 4) RESAGEM DO TRAJETO E INSERÇÃO DE PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM : 2 PARAFUSOS 95 , SENDO UM COM ARROELA
- 5) NÚMERO 105
- 5) SUTURA
- 6) CURATIVO
- 7) VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
26/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

[Handwritten signature]
com ref 24.7 ho

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
GRM : 15979



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: VIRGILIO REIS DA SILVA

REG:126093

IDADE: 49 A SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO:27/05/19

DATA DA ALTA: 6/6/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE COLO DO FÊMUR DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- DEAMBULAR COM USO DE ANDADOR COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dra Inele Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22.498

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E TAMBEM BIOMETRIA

Virgilio Reis da Silva



POLICIA DE IDENTIFICACAO



CATEGORIA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.652.353 DATA DE EXPEDICAO 28/01/2003

NOME VIRGILIO REIS DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO BRAZ DA SILVA
VALDETE REIS DA PAZ

NATURALIDADE RECIFE PE DATA DE NASCIMENTO 05/04/1970

DOC ORIGEM CN.7.800-L.A-VII-F.154-CART.: OLINDA-PE-21.06.1977

CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-06 13157



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

**Número
736.114.254-00**

**Nome
VIRGILIO REIS DA SILVA**

**Nascimento
05/04/1970**

CÓDIGO DE CONTROLE

450B.F764.F951.C29E



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:52:28 do dia 05/09/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605289

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA

Data do acidente: 26/05/2019

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO P.9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PARAFUSOS P.10,11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	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-0310567/19

Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA

CPF: 736.114.254-00

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 26/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VIRGILIO REIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VIRGILIO REIS DA SILVA : 736.114.254-00

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: 06/09/2019
Nome: VIRGILIO REIS DA SILVA
CPF: 736.114.254-00

VIRGILIO REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374176/19

Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA

CPF: 736.114.254-00

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 26/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VIRGILIO REIS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VIRGILIO REIS DA SILVA : 736.114.254-00

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: 25/10/2019
Nome: VIRGILIO REIS DA SILVA
CPF: 736.114.254-00

VIRGILIO REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO