
Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190687544

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190687544

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000054241-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190687544

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190687544

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000054241-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

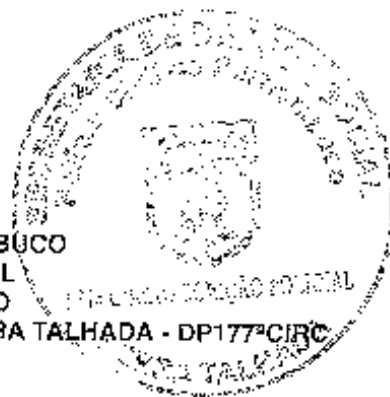
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ª DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0267001162**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/03/2019** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/1/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, ESTRADA DE TERRA NO ASSENTAMENTO POLDRINHO** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

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

FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: ROSA RODRIGUES DE CARVALHO Pai: LUIZ CARVALHO Data de Nascimento: 11/1/1978 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6848873/SDS/PE (RG). 09208388476 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87996041367

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 500, ASSENTAMENTO POLDRINHO, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO**
Categoria/Vitória/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEG8142 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **454285950** Chassi: **9C2KC166DGR513594**
Ano Fabricação/Vitório: **2011/2012**
Descrição: **TITAN ESD EM NOME DE FABIO DE SOUZA NASCIMENTO**

Complemento / Observação

O SRº FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE

FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE ESTAVA PILOTANDO, MOTOCICLETA RETROMENCIONADA E ESTAVA SOZINHO E EM UM ESTRADA RURAL NO ASSENTAMENTO POLDRINHO O MESMO AFIRMA QUE EM UMA CURVA PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR, ONDE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES COMO CONSTA CÓPIA DE CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE Nº 018 DOP / 2019 PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES COMO CONSTA TAMBÉM CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE Nº 87 DAQUELE HOSPITAL, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Francisco Rodrigues de Carvalho
FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO
(VITIMA)

S.O. registrado por: *Wagner Alves de Almeida* - Matrícula: 320336-0





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: 092.083.884-26 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: FRANCISCO RODRIGUES CARVALHO 6 - CPF: 092.083.884-26
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. DOMINHO 9 - Número: 530 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.924-100
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 77 99944-1499

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ REQUISITO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDEMNIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDEMNIZAÇÃO (PAÍS, TUTOR E CURADOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO

☐ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 536 CONTA: 5492415

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta acima informada, de minha titularidade, o valor da indenização/estipêndio do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sciente, após a elevação 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 impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), por não ter o requerimento de perícias do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Suporte o prosseguimento de ajuízo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação no laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, a fim de verificação da existência e quantificação das condições permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não afeta a futura avaliação médica no âmbito do processo de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Espécie de Beneficiário: ☐ Sobrevivente ☐ Sobrevivente ☐ Sobrevivente ☐ Sobrevivente ☐ Sobrevivente ☐ Sobrevivente ☐ Sobrevivente ☐ Sobrevivente

24 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

30 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 31 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 32 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

33 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 34 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 35 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

36 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 37 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 38 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

39 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 40 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 41 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

42 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 43 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 44 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

45 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 46 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 47 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

48 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 49 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 50 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

51 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 52 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 53 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

54 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 55 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 56 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

57 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 58 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 59 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

60 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 61 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 62 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

63 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 64 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 65 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000054241-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1305202005000000000023700586000000054241236250 PAGO

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000054241-5

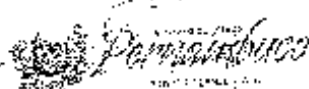
Nr. Autenticação

BRABESCO2312201905000000000023700586000000054241236250 PAGO

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA							
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO RUA JOÃO DE BARROS, 116, BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.836.932/0001406 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005945-83		 www.ceipe.com.br				Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 25/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 3539 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0107-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis	
DADOS DO CLIENTE JACILEIDE RODRIGUES DE CARVALHO CPF: 078.576.244-02		DATA DE VENCIMENTO 18/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 004038259		CONTA CONTRATO 00406478886 Nº DO CLIENTE 2002267864 Nº DA INSTALAÇÃO 0003680600	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA 91 PUDRINHO 500 SERRA TALHADA - RURAL SERRA TALHADA RURAL/SERRA TALHADA RURAL 55500-000 SERRA TALHADA PE Os beneficiários gozam da formalização (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, penalidades, multas, proibições e tributos de acordo com a legislação, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.ceipe.com.br		CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monofásico RESERVAÇÃO AO FISCO F390.2F5F.EEA&D085.0E62.9913.B4C4.1E0F					
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL							
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)			
Consumo Ativo (KWh)		122,60	0,41325097	50,59			
Acrescimo Bandeira AMARELA				1,89			
Acrescimo Bandeira VERMELHA				1,89			
Multas por atraso - NF 0000021002 - 09/10/19				1,57			
Juros por atraso - NF 000067282 - 08/10/19				0,38			
Despesa FUNDAÇÃO TERRA - (067) 5624-1542				2,00			
TOTAL DA FATURA				58,35			
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	0,00	0,00	58,35	0,65	0,38	58,35	3,25
Demonstrativo de Consumo desta Nota Fiscal							
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	PERÍODO	MÊS ANTERIOR	MÊS ATUAL	MÊS ANTERIOR	MÊS ATUAL	MÊS ANTERIOR	MÊS ATUAL
004038259/0001406	09/11/2019	08/11/2019	09/11/2019	122,60	122,60	122,60	122,60
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
INTERRUPÇÃO	DURAÇÃO	FREQÜÊNCIA	MÊS ANTERIOR	MÊS ATUAL	MÊS ANTERIOR	MÊS ATUAL	MÊS ANTERIOR
004038259/0001406	09/11/2019	09/11/2019	09/11/2019	09/11/2019	09/11/2019	09/11/2019	09/11/2019
INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague na ponta mais perto de você ou diretamente por meio eletrônico: 24 horas por dia, 7 dias por semana, em qualquer dia útil. No dia da fatura e bandeira em vigor é a Vermelha. Para informações acesse www.ceipe.com.br . O cliente é compensado quando há violação no cumprimento da obrigação de nível de tensão de fornecimento. Pague em atraso gera multa 0,1% (dez por cento) por dia de atraso, limitada ao valor de 10% (dez por cento) do valor da fatura. Desconto condicionado pelo Ajuste da Tarifa B2 RURAL - R\$ 30,73. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º, REN 681/13.							
NÍVEL DE TENSÃO							
TENSÃO NOMINAL (V)		UNIDADE DE MEDIÇÃO (V)					
MÍNIMO		MÁXIMO					
220		254					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							
DESTAQUE EM							
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO			
00406478886	11/2019	0,00	18/11/2019	Evite dívidas, parcelas ou atrasos. Este cartão será usado em leitora ótica.			
FATURA PAZ/A		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					

3170 27 3359

CPF 096.083.384-76



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EMERGENCIA		Nº:
Data: 02.01.2019	Hora: 12:54	87
Nome: Francisco Rodrigues de Carvalho	Profissão: Engenheiro	
Nome Social:	Estado Civil: Casado	
Nascimento: 12.01.78	Sexo: M	
Escolaridade: 4	Responsável: Z. Miguel	
Endereço: Rua Tameirão, 100 - Jd. Santa Helena		
Bairro: Santa Helena	Município: Taubaté - SP	
CEP: 13.205-100	Fone: 9609-1957	
Catão SUS: 165-56101534	COG: 6.848.877	
Raça/Cor: Branca	Parce: Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Situação Clínica:	Fragilidade, dor, anemia, icterícia			
PA:	Pulso:	FGT:	SO2:	Peso:
Medicações em uso:				
Indicação de exames:				
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:			

ATENÇÃO MÉDICA
História e Exame Físico:
Doença Aguda por HIE Sobrecarga cardíaca Coração, pulmão e rins em falha

Tratamento:
1. Oxigênio 4L por hora 2. Furosemida 40mg 3. Paracetamol 1g 4. Insulina 10 unidades

Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
Fratura de Costela Fígado + fraturas costais fígado e rins fratura de costela, pulmão e rins	Assinatura: CRM 7 31-CPF 08655200343



Hospital São Vicente

Data Atend: 23/01/2019 Atendimeto: 0008702 Quarto/leito: 203 / 2

Paciente: 00063720 - FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Data Naso: 11/01/1978 Idade: 41 Anos Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: SERRA TALHADA Nacionalidade: BRASILEIRO

Nome Pai: LUIZ CARVALHO Nome Mãe: ROSA RODRIGUES DE CARVALHO

Endereço: ASSENTAMENTO POLDRINHO, c - ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE

Telefones: () / () / (87) 9864.04138

Elementos da Ocorrência:

Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()

Suicídio () Casual () Outros ()

Nome Acompanhante:

Telefone de Contato: ()

Endereço Acompanhante: , 0

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

paciente com queixa de dor abdominal, náuseas, vômitos, febre, diarreia, perda de peso, fadiga, etc.

Diagnóstico Inicial: *Infecção do trato gastrointestinal*

SADT: *paciente em tratamento com antibióticos e analgésicos, sem melhora significativa*

Diagnóstico Final:

Infecção do trato gastrointestinal

Condição de Alta

Motivo de Alta

Melhorada ☒

Descarga Médica ☒

Instabilidade ()

Alta a Pedido ()

Piorando ()

Transferência ()

Obito - 48h ()

Evasão ()

Obito - 48h ()

Indisposição ()

Data do Internamento: 23/01/19

Data da Alta: 29/01/19

Local: *Unidade de Pronto Atendimento*

Obito em ____/____/____

Hora: ____:____

Assinatura do Médico Responsável
CRM 13571
CFA: 00000000000000000000000000000000

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - CNES

2 3 51 1 6 3

4 - CNES

2 3 5 1 5 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCA RODRIGUES DE CARVALHO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

16121564101155210009

7 - DATA DE NASCIMENTO

11/01/38

8 - SEXO

F

9 - RAÇA

Parda

10 - NOME DA MÃE

ROSA RODRIGUES DE CARVALHO

11 - TELEFONE DE CONTATO

87 9164 0313

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

PAULO ROCHA ZENA BUKAL

13 - ENDEREÇO

Serra Carapicaba

14 - CEP

2613909

15 - UF

PE

16 - CPF

81615690000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Resaca profunda M/E, dependência
de medicação para a dor, calvaria, sem
suporúsculo precorpeo M/E

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de medicação

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

Aspar e Asparol

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Resaca profunda

24 - CID 10 PRINCIPAL

S727

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - OUTRAS CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Resaca profunda

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.01.00.00.00.00

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL E COLABORADOR)

Antônio Rodrigues de Freitas

33 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (ASSINANTE)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/01/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO

38 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () INDETERMINADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - Nº DO CNES

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (AUTORIZAÇÃO)

43 - DOCUMENTO

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

261316500084-2

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (PROFISSIONAL E COLABORADOR)

23.01 a 23.01.19

CPF: 158.212.214/15-2740 8803

Médico Assistente

21/01/19



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 18/07/2019	Atendimento: 0008156	Quarto/etc: 203 / 3
Paciente: 00063720 - FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO		
Cirurgia Realizada: <i>fixação de fratura de fêmur</i>	N. do Procedimento: <i>0208060360</i> <i>02080304508</i> <i>0208050093</i>	
Data: 22/07/19 Início: Término:		
Cirurgião: <i>Luciano</i>		
1º Auxiliar: <i>Radio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Luciano</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Submuscular - presente em</i> <i>musculatura autóloga, processo de</i> <i>um musculo autólogo, processo de</i> <i>fixação de fratura de fêmur e</i> <i>fixação de fratura de fêmur</i> <i>com fratura de fêmur e presente</i> <i>na fixação de fratura de fêmur</i> <i>na fixação de fratura de fêmur</i> <i>na fixação de fratura de fêmur</i>		
Assinatura do Cirurgião		



Hospital São Vicente

Data Atend: 16/01/2019

Atendimento: 0008156

Quarto/leito: 203 / 3

Paciente: 00063720 - FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Data Naso: 11/01/1975

Idade: 44 Anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade: SERRA TALHADA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Nome Pai: LUIZ CARVALHO

Nome Mãe: ROSA RODRIGUES DE CARVALHO

Endereço: ASSENTAMENTO POLDRINHO, 0

- ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE

Telefones: () - () - (97) 9964.04138

Elementos da Ocorrência:

Acidente de Trânsito ()

Acidente de Trabalho ()

Outros Acidentes ()

Agressão ()

Suicídio ()

Casual ()

Outros ()

Nome Acompanhante:

Telefone de Contato: ()

Endereço Acompanhante: 0

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Resposta: Paciente com história de
fratura de fêmur, dor e limitação
de movimento no membro inferior direito.
Queixa de dor no local da fratura.

Diagnóstico Inicial:

FRAT. FEMUR (C)

SADT:

FRATURA COTO FEMUR (C)
FRATURA ACETABULO (C)

Diagnóstico Final:

FRAT. COTO FEMUR (C)

Condição de Alta:

Motivo de Alta:

Melhorada (X)

Descrição Médica (X)

Intolerado ()

Alta a Pedido ()

Falecido ()

Transferência ()

Óbito + 48h ()

Evasão ()

Óbito - 48h ()

Indiscrição ()

Óbito em

Hora:

Data do Internamento:

16/1/19

Data da Alta:

23/1/19

Local:

Unidade de Pronto Socorro
Departamento de Radiologia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Plástica

Médico Responsável:

NÃO ALÉRGICO

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional** **Evolução**
 08/01/19 12:02 SILVANIA BELMIRO DA SILVA

Descrição
 NO MOMENTO NÃO DISPONHOS DE VAGA DE CONVÊNIO NESTA ESPECIALIDADE PARA OFERTARMOS.

Data/Hora **Profissional** **Evolução**
 08/01/19 08:58 JOSE ANDRE MILO BARRETO GUIMARAES

Descrição
 Solicitação - elu

TEMPO DE ATENDIMENTO

Date / Hora	Status	Tempo Utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
08/01/19 08:58	Em digitação	0h:0m:15s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação cadastrada.
08/01/19 09:57	Aguardando Regulação	0h:0m:14s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM REGULAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
08/01/19 09:50	Aguardando Regulação	0h:0m:22s	EDVALDO FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO FILHO solicitação: 520422
08/01/19 09:58	Regulado	0h:10m:51s	EDVALDO FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
08/01/19 10:09	Aguardando Disponibilidade		SILVANIA BELMIRO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

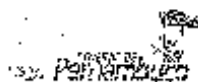
ASSISTIDO

Data / Hora **Paciente Assistido** **Usuário**

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO 02/01/2018 09:26
NOME DO CLINICANTE JOSE ANDRÉ MELO SARRETO GUIMARÃES	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE CRM - 9606	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº DO PRONOME 528428
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO 11/01/1976	SEXO Masculino
NOME DA MÃE DO PACIENTE ROSA RODRIGUES DE CARVALHO		TELEFONE DO PACIENTE
ENDEREÇO (CASA, RUA, PRÉDIO) FOLDRINHO, ZONA RURAL		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA	COD. POSTAL 5513900	UF PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RASGOS CLÍNICOS FRACT. COM DIAPHRASIA FEMUR ESQUERDO		
CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (Resultados de Exames Realizados) RAIO X		
DIAGNÓSTICO SUPLENTE DIAPHRASIA FEMUR ESQUERDO		
DO INTERNAÇÃO	DO 1º SECUNDÁRIO	DO 2º CAUSAS RESOLVIDAS

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		DATA DO PROCEDIMENTO
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	DOCUMENTO (X) CNS () OFP
INFORMANTES (CNS/OFP) DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE/ASSISTENTE		

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		DATA DE AUTORIZAÇÃO
PROF. DE LITULA	INSCRIÇÃO	
MÉDICO AUTORIZADOR		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR		DATA DA SOLICITAÇÃO
PROF. DE LITULA (X) CNS () OFP	INFORMANTE DO PROCEDIMENTO REGIONAL AUTORIZADOR	DATA DE ASSINATURA 7876

ESCLARECIMENTOS



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Relatório de Operação

Nome do Paciente: <u>Francisco Rodrigues de Carvalho</u>		Registro
Clinica: <u>Neurocirurgia</u>	Número do Leito	
Operador: <u>A. Rodrigues</u>		
1º Assistente	2º Assistente	
Instrumentador	Anestesiista: <u>Dr. Silvano Brando</u>	
Anestesia: <u>Randuz</u>	Duração	
Data da Operação: <u>02/01/19</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura exposta femur e fíbula e fraturas RAO e FCO</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Operação Proposta: <u>Os desbriados e limpeza das fraturas e fixação externa e interna</u>		
Operação Realizada: <u>a proposta</u>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Seu primeiro procedimento foi a
MIE e perfuração da RAO RAO E
e limpeza das fraturas RAO e FCO
e fraturas fíbula e tibia e f
fratura externa, utilizando Olf
externa fíbula e tibia e f
e fíbula e tibia e f

A. Rodrigues
Antônio Rodrigues da Freitas
Médico Ortopedista
CRM: 66666-6
CRA: 7551



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atendi: 23/01/2019 Atendimeto: 0008702 Quarto/leito: 203 / 2

Paciente: 00063720 - FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Cirurgia Realizado:

N. do Procedimento:

Osteossintese de fratura do 4º costela
feita às 13:30h

Data: 29/01/19

Início:

Término

Cirurgião: André

1º Auxiliar: R. Dias

2º Auxiliar: ANTONIO

Anestesiista: Carlos

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

Seção anterior da 4ª costela
Linha de fratura lateralizada e com
abertura para placas plásticas e placas
elásticas, removidas do tecido e fixadas

Material: 01 Placa DSC 2/4 curvas

01 P. Kirschner

02 P. Comprimido

01 P. Esponja

05 P. Cortical 4.5 - Suporte
placas e parafusos

Assinatura do Cirurgião
Antônio
CRM 7351
CNPJ 07.052.002-25

SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - CNES

2 3 5 2 6 3

4 - CNES

2 3 5 2 6 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Nome do Paciente: Rodrigues de Carmo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

63120

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

16.215.6110

8 - DATA DE NASCIMENTO

15.11.1910

9 - SEXO

M

10 - RAÇA/COR

Pardo

11 - NOME DA MÃE

Mãe: Rosa Rodrigues de Carmo

12 - TELEFONE DO DONATÁRIO

011 61013316

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Responsável: Paulo Roberto de Carmo

14 - TELEFONE DO RESPONSÁVEL

011 61013316

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE

Endereço: Rua Rural

16 - Nº DO ENDEREÇO

Serra Negra

17 - COD. URG. M. N. C. H. O.

126.3302.06.66.00.00.00

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente com trauma físico causado por acidente de trânsito. Apresenta fratura de fêmur esquerdo e fratura de tíbia e fíbula esquerda. HIE e lesões de pele no membro inferior esquerdo.

22 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Fratura de fêmur e tíbia e fíbula esquerda. HIE e lesões de pele no membro inferior esquerdo.

23 - NOME DAS APLICAÇÕES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura de fêmur e tíbia e fíbula esquerda. HIE e lesões de pele no membro inferior esquerdo.

24 - CID 10 - PRINCIPAL

S72.29

25 - CID 10 - SECUNDÁRIA

26 - CID 10 - CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRICÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento: Fratura de fêmur e tíbia e fíbula esquerda

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO DOCUMENTO

32 - NOME DO RESPONSÁVEL POR ESTE LAUDO

Assinatura: [Assinatura]

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PROCEDER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO B. H. C. E.

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNES DA EMPRESA

42 - CNPJ

43 - ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

44 - CNPJ

45 - CNES

46 - CNPJ

47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

48 - EMPREGADO

49 - EMPREGADOR

50 - AUTÔNOMO

51 - DESEMPREGADO

52 - APOSENTADO

53 - NÃO SEQUALIFICADO

AUTORIZAÇÃO

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - COD. ORGÃO EMISSOR

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - DOCUMENTO

58 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

126.3304.95.982-0

59 - CNES

60 - CPF

61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

62 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura: [Assinatura]

CPF: 153.272.414-16

Médico Autorizador

12

02

16/10/2010

FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 02/01/2019, no município de Serra Talhada - PE. Após o acidente o paciente foi atendido no HOSPAM, onde foi evidenciada fratura de fêmur esquerdo. Realizado tratamento cirúrgico para osteossíntese no Hospital São Vicente, em Serra Talhada, com uso de fixador externo, pinos e placas.

Após sua alta definitiva e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente no dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: Relata dor e edema em perna esquerda e joelho esquerdo ao ficar muito tempo na posição sentada. Dificuldade para deambular livremente, impossibilidade para ficar de cócoras e para realizar movimentos rápidos, como correr, pois apresenta limitação importante na realização de flexão de joelho esquerdo.

No momento apresentando déficit funcional em 80% e déficit laboral em 100% para suas funções trabalhistas como agricultor.

Serra Talhada, 28 de abril de 2020.

Dra. Tamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815

ESPECIALISTAS:

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesista - Especializada em acupuntura, dor crônica e ondas de choque
- Ultrassonografia
- Medicina Ortomolecular
- Neurocirurgia
- Nutricionista
- Reumatologista
- Fisioterapeuta
- Cardiologista - Crianças e recém nascidos
- Hematologia e Hemoterapia
- Clínica Geral

NOME: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

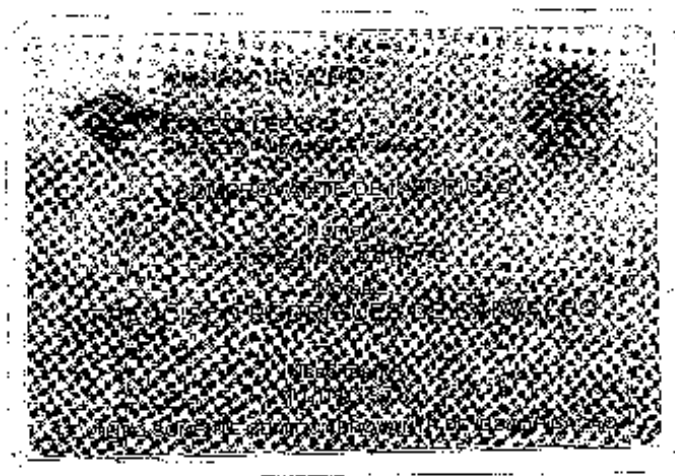
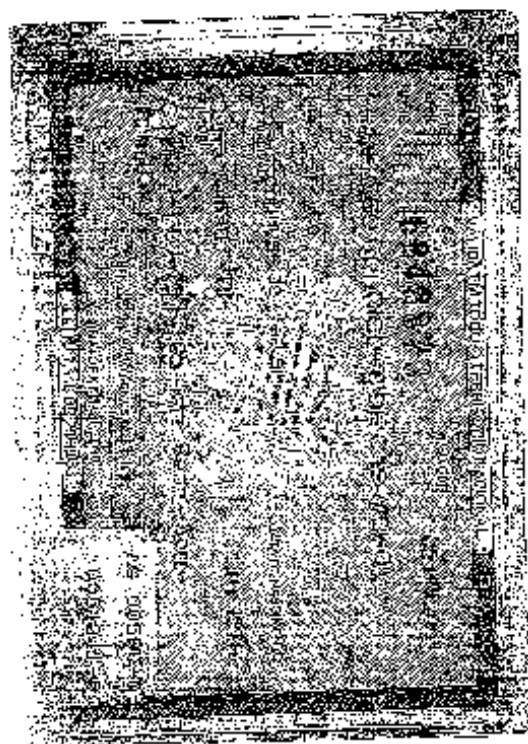
REGISTRO: 92930

IDADE: 042

EXAME: FEMUR - 2 VISTAS

DATA DO EXAME: 27/04/2020





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190687544**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

SI PUDRINHO, 500 - Serra Talhada - PE - CEP 56903-970

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6848873**

Data e local do acidente: [**02/01/2019**] **serra talhada**

Data e local do exame: [**04/05/2020**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta diafisária do fêmur esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda. Fratura do colo do fêmur esquerdo. Múltiplos ferimentos contusos.

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

Ao exame físico vítima apresentando quadro de osteomielite aguda, com necessidade de apoio de muletas para deambular. Marcha claudicante, deformidade com múltiplas cicatrizes, edema residual localizado na coxa e joelho esquerdos. Redução de força grau III do membro inferior esquerdo, com bloqueio de todos os movimentos do quadril esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Em 02/01/2019 realizado procedimento cirúrgico com desbridamentos e colocação de fixador externo. Em 16/01/2019, realizado novo procedimento cirúrgico para retirada do fixador externo. Tratamento cirúrgico em 23/01/2019 para osteossíntese do fêmur esquerdo com fixação com uso de 01 placa DCP + 14 parafusos. Evoluindo posterior a alta hospitalar com quadro de osteomielite, sendo necessário novo procedimento para retirada do material de síntese.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM A ANÁLISE DO EXAME MÉDICO PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 50% DA MARCHA À ESQUERDA, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.



Ebenone Antonio da Silva - CRM: 15122 - PE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 02 de fevereiro de 2019.

ANDRÉ PINHEIRO DA SILVA
Tenente de Bombeiros 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 018 Dop./2019

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO, RG 6848873 SDS/PE, CPF 092.083.884-76, residente ao Assentamento Poldrinho, 300, Zona Rural, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 396 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 13h44min do dia 02 de Janeiro de 2019, comandada pelo Cb QBMG 1/707411-5 FILIPE DE JESUS DIAS CARDOSO, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS)**, nº B 1215298, sendo vítima o solicitante, o qual informou que estava conduzindo uma motocicleta marca/modelo, HONDA/CG 150 CITAN LSC, cor vermelha, placa P-G-8143, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu no Assentamento Poldrinho, S/N, Zona Rural, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: esconhações e ferimentos na face, esconhações nos membros superiores e inferiores e fratura aberta no membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. ANTÔNIO RODRIGUES, CRM 7351, prontuário 87. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QCC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.

Carlo Roberto de Souza Júnior
CAP QCC/BM 107450



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0320-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8185 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

CPS do beneficiário: 092 883.814-76

Nome do solicitante:

CPS do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 9.999.1477 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

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

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

SERRA TALHADA - PE 28/04/2020

Local e Data

Francisco Rodrigues de Carvalho

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/último não alfabetizado:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687544 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta diafisária do fêmur esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda. Fratura do colo do fêmur esquerdo. Múltiplos ferimentos contusos.

Descrição do exame físico: Ao exame físico vítima apresentando quadro de osteomielite aguda, com necessidade de apoio de muletas para deambular. Marcha claudicante, deformidade com múltiplas cicatrizes, edema residual localizado na coxa e joelho esquerdos. Redução de força grau III do membro inferior esquerdo, com bloqueio de todos os movimentos do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Em 02/01/2019 realizado procedimento cirúrgico com desbridamentos e colocação de fixador externo. Em 16/01/2019, realizado novo procedimento cirúrgico para retirada do fixador externo. Tratamento cirúrgico em 23/01/2019 para osteossíntese do fêmur esquerdo com fixação com uso de 01 placa DCP + 14 parafusos. Evoluindo posterior a alta hospitalar com quadro de osteomielite, sendo necessário novo procedimento para retirada do material de síntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM A ANÁLISE DO EXAME MÉDICO PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 50% DA MARCHA À ESQUERDA, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687544 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta diafisária do fêmur esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda. Fratura do colo do fêmur esquerdo. Múltiplos ferimentos contusos.

Descrição do exame físico: Ao exame físico vítima apresentando quadro de osteomielite aguda, com necessidade de apoio de muletas para deambular. Marcha claudicante, deformidade com múltiplas cicatrizes, edema residual localizado na coxa e joelho esquerdos. Redução de força grau III do membro inferior esquerdo, com bloqueio de todos os movimentos do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Em 02/01/2019 realizado procedimento cirúrgico com desbridamentos e colocação de fixador externo. Em 16/01/2019, realizado novo procedimento cirúrgico para retirada do fixador externo. Tratamento cirúrgico em 23/01/2019 para osteossíntese do fêmur esquerdo com fixação com uso de 01 placa DCP + 14 parafusos. Evoluindo posterior a alta hospitalar com quadro de osteomielite, sendo necessário novo procedimento para retirada do material de síntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM A ANÁLISE DO EXAME MÉDICO PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 50% DA MARCHA À ESQUERDA, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687544 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. P.1(ANEXO 1)
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1(ANEXO 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS EM FÊMUR ESQUERDO; SUTURA EM PATELA ESQUERDA) E ALTA MÉDICA. P.4,5,8,9(ANEXO 1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,2 / VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE (25%) REFERENTE A LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (R\$ 2.362,50).

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687544 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. P.1
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS EM FÊMUR ESQUERDO; SUTURA EM PATELA ESQUERDA) E ALTA MÉDICA. P.4,5,8,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687544 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. P.1
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS EM FÊMUR ESQUERDO; SUTURA EM PATELA ESQUERDA) E ALTA MÉDICA. P.4,5,8,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687544 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. P.1(ANEXO 1)
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1(ANEXO 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS EM FÊMUR ESQUERDO; SUTURA EM PATELA ESQUERDA) E ALTA MÉDICA. P.4,5,8,9(ANEXO 1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,2 / VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE (25%) REFERENTE A LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (R\$ 2.362,50).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441532/19

Número do Sinistro: 3190687544

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

CPF: 092.083.884-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/04/2020
Nome: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO
CPF: 092.083.884-76

FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441532/19

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

CPF: 092.083.884-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO : 092.083.884-76

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: 09/12/2019
Nome: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO
CPF: 092.083.884-76

FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES