



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E1174006330**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2020** às **10:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/3/2020** às **11:40**

Fato ocorrido no endereço: **PE-015, 1 - Bairro: TORRES GALVAO - PAULISTA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - CEP: **53417-690** - Ponto de Referência: **PROXIMO A PASSARELA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DIEGO JOSE DA SILVA SANTOS (OUTRO)
JACKSON JOSE REIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JACKSON JOSE REIS DA SILVA

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

JACKSON JOSE REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA Data de Nascimento: **1/9/1992** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8348424/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 999690637**

Residencial: **RUA MONTE ALEGRE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 180 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

DIEGO JOSE DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

V1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACKSON JOSE REIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PDZ6076 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

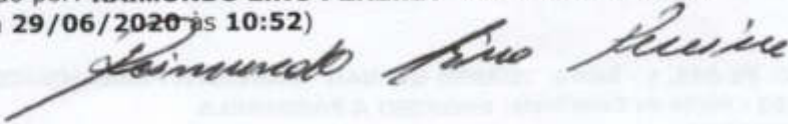
Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDZ6076 DE PROPRIEDADE DE DIEGO JOSÉ DA SILVA SANTOS, QUANO UM VEÍCULO DE COR PRATA DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO AO SAIR DO RETORNO E ENTRAR NA PE-15 SENTIDO PAULISTA FREIOU BRUSCAMENTE NA FAIXA DA ESQUERDA DA VIA, ONDE A VÍTIMA FOI SURPREENDIDO PELA PARADA DO VEÍCULO DE VEZ, ONDE TENTOU FREIAR PARA NÃO COLIDIR COM O VEÍCULO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAINDO NA VIA, SENDO RAPIDAMENTE SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, QUE OLEVOU PARA A UPA DE OLINDA E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE FOI CIRÚRGIADO DE FRATURA DA TÍBIA. POR ISSO QUE A VÍTIMA COMPARECEU NA DATA DE HOJE PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS POLICIAIS. CASO AFETO DP DE PAULISTA.

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

JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA
JACKSON JOSE REIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: RAIMUNDO LINO PEREIRA - Matrícula: 3849031
(Liberado em 29/06/2020 às 10:52)



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: 4 - Nome completo da vítima:

091.487.914-66

JACKSON JOSE REIS DA 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: JACKSON JOSE REIS DA SILVA 6 - CPF: 091.487.914-66
7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: RUA MONTE ALEGRE 9 - Número: 180 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: OURA PRETO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.370-293
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81)999441109 16 - Tel.(DDD): (81)3538-0069

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: INTER
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 5526835 8
(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 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, Abreu e Lima/PE 30/06/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACKSON JOSE REIS DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000005526835-8

Nr. da Autenticação FFDC0EEE7B47127E

CAIXA

104-0

10498.502231 800010.07453 00654.37797 6 82830000003200

Local de pagamento Preferencialmente nas casas lotéricas até o valor limite					Vencimento 11/06/2020	
Beneficiário MercadoPago.com Representações Ltda CNPJ 10.573.521/0001-91 Av. das Nações Unidas, nº 3.003 Bonfim - CEP: 06233-903					Agência/Código do Beneficiário 4241/850221-8	
Data do documento 08/06/2020	Nº documento 7300654377	Espécie doc. OUT	Aceite A	Data processamento 08/06/2020	Nosso número 14/000007300654377-5	
Uso do banco	Carteira RG	Espécie R\$	Quantidade	Valor Documento 32.00	(=) Valor documento 32.00	
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) Não receber Pagamento em Cheque Boleto com vencimento no final de semana, poderá ser pago no próximo dia útil Se tiver algum problema com a compra, acesse https://www.mercadopago.com.br/ajuda					(-) Desconto / Abatimentos	
					(-) Outras deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor cobrado 32.00	
Sacado WELLINGTON OLIVEIRA CPF: 049.730.984-00 Rua Monte Alegre 180 Olinda					Cód. baixa	

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica Ficha de Compensação

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NÚM. 00031 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 103668667		Abr/2020	
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS					
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170					
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7. DEB. AUTOMÁTICO: 103668667					
SITUAÇÃO DA ÁGUA	SEQUÊNCIA DE DÍGITO	RENDEMENTO	REPRESENTAÇÃO DE ESCALONAR	PUB. JCA	
LIGADO	POTENCIAL	1	1		
CONSUMO MÊS	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AB)		
A175224252	31/03/2020	29/04/2020	MÉDIA HD		

ÁGUA:
 LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
 LEIT ATU: 5
 LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020 01
 02/2020 01
 01/2020 01
 12/2019 01
 11/2019 01
 10/2019 01
 MÉDIA: 01

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	46
COR APARENTE	48	48	41
CLORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE HORA 12/2019		2,16

TAXAS	TAXA DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO DÉBITO
IMPOSTO	108,92	1,65	1,80
IMPOSTO	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/05/2020 TOTAL A PAGAR: 113,29

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 222,58. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

IMPRIMIR EM: 29/04/2020 11:45:47

M10004011

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JACKSON JOSE REIS DA SILVA**
inscrito (a) no CPF sob o Nº **091.487.914-66**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
JACKSON JOSE REIS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº **091.487.914-66**
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

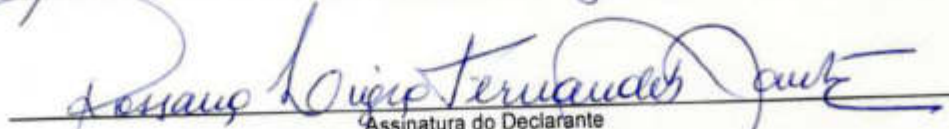
☒ Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima de **30** de **Junho** de **2020**.


Assinatura do Declarante

Olinda 15 de Junho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que nas fichas dos atendimentos nº1601459, nº1602347, nº1602907, nº1603384, nº1604013, nº1604507, nº1605021 e nº1605461 onde se lê o nome do paciente JADSON JOSE REIS DA SILVA, **leia-se JACKSON JOSE REIS DA SILVA**. informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação posterior do CNH: 05463300651.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral



FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
UPA OLINDA

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE.
FONE: 3184-4303

UP. 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/03/2020 12:04

Nome Paciente: JADSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: 0148
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/03/2020 12:04 - 05/03/2020 12:05

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**Cor: **AMARELO**Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA
QUEDA DE MOTO DOR EM MMSS E MID

Observação: ALERGIA-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/03/2020 12:05

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/03/2020 10:08

Nome Paciente: JADSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0113
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/03/2020 10:13 - 07/03/2020 10:14

DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: DOR EM MMSS E MID APÓS QUEDA

Observação: RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/03/2020 10:14

Atendimento: 1602347

Data e Hora: 07/03/2020 10:14

Senha da Classificação: 0113

Paciente: 538013 JAMSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Bairro: OURO PRETO

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

PE 182

Usuário Atendimento: DANIELEMS

Cidade/UF: OLINDA

Cep: 53370293

Data de Emissão:

Fone: 85019813

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

fr de Punção

Conduta Terapêutica

Ag. Transferrina

Prescrição Médica

Dieta ORAL LIVRE
Diluir a 1/2 + AD
Cetoprofeno 100mg + 100mg
Ag. Transferrina

Destino:

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

Dr. Samuel Moura
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 26.555



1602347

UPA 24 HORAS - OLINDA

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 08/03/2020 15:28

Nome Paciente: JADSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0191
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 08/03/2020 15:29 - 08/03/2020 15:29

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MÍD

Observação: RENOVACAO DE PRONTUARIO

História sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/03/2020 15:29

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1602907

Senha da Classificação:

Data e Hora: 08/03/2020 15:32

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 85019813

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal**Exame Físico****Hipótese Diagnóstico****Tratamento Terapêutico****Prescrição Médica**

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha: _____

Para:

Carimbo/Médico



1602907

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/03/2020 15:06

Nome Paciente: JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0277
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 09/03/2020 15:07 - 09/03/2020 15:07

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MMSS

Observação:

RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/03/2020 15:07

Atendimento: 1603384

Senha da Classificação:

Data e Hora: 09/03/2020 15:10

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: ALESSANDRAOS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal**Exame Físico****Hipótese Diagnóstica****Conduta Terapêutica****Prescrição Médica**

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico



1603384

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/03/2020 16:20

Nome Paciente:	JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/09/1992
Sexo:	Masculino
Idade:	27 anos
Senha:	0298
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/03/2020 16:20 - 10/03/2020 16:21

DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAUMA EM MMSS

Observação: RENOVACAO DE PRONTUARIO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/03/2020 16:21

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1604013

Senha da Classificação: XXXXXXXXXX

Data e Hora: 10/03/2020 16:27

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

182

Bairro: OURO PRETO

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: ALEXSANDRAMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Medicamentos

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha: _____

Para:

Carimbo/Médico



1604013

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/03/2020 15:52

Nome Paciente: JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0284
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 11/03/2020 15:53 - 11/03/2020 15:53

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RENOV DE PRONTUARIO, TRAUMA EM MMSS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/03/2020 15:53

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: **1604507**

Data e Hora: **11/03/2020 16:22**

Senha da Classificação: **022**

Paciente: **538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **01/09/1992** Idade: **27** anos

Convenio: **2**

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **VALERIA PAULA REIS DA SILVA**

Nome do Pai:

CRM: **1234567**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

Bairro: **OURO PRETO**

Endereço: **RUA MONTE ALEGRE**

182

Cidade/UF: **OLINDA**

PE Cep: **53370293**

Usuário Atendimento: **DANIELEMS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: **85019813**

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

duta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino:

☒ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Residência

Transferido:

Senha: _____

Para:

Carimbo/Médico

Dr. Danilo Martins Filho
Trauma / Ortopedia
CRM: 123456789



1604507

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/03/2020 16:39

Nome Paciente: JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0280
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 12/03/2020 16:40 - 12/03/2020 16:40

FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MID

Observação: RENOVACAO

Radiografia sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/03/2020 16:40

Atendimento: 1605021

Senha da Classificação: 

Data e Hora: 12/03/2020 16:41

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: ALEXSANDRAMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Doença Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Medicamentos

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico



1605021

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/03/2020 15:00

Nome Paciente: JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0219
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 13/03/2020 15:00 - 13/03/2020 15:01

DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MID

Observação:

RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/03/2020 15:01

Página 1 de 1

Atendimento: 1605461

Senha da Classificação:

Data e Hora: 13/03/2020 15:01

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: LILIAN S

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal**Exame Físico****Hipótese Diagnóstico****Conduta Terapêutica****Prescrição Médica**

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico



1605461



Nome: JACKSON JOSE REIS DA SILVA (1628959)

Admissão: 341301

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 17/03/2020

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, JACKSON JOSE REIS DA SILVA é portador do diagnóstico:

CID: CID: (S82.4) FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Permaneceu internado do dia 13/03/2020 a 18/03/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/03/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, seguir em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 17/03/2020.

RETORNO: 13/04/2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANOMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples para o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/03/2020 às 12:53

Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16952
TFT 14248

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:

Atendimento: 341501 Entrada: 13/03/2020 Hora: 20:42
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 4 Dia(s), 14 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706900180610436

Paciente: 1628959 JACKSON JOSE REIS DA SILVA
Nascimento: 01/09/1992 (27 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA MONTE ALEGRE
Bairro: OURO PRETO C.E.P.: 53370-120
Cidade: 2606600 OLINDA
Pai: JOSIAS JOSE DA SILVA
Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8348424 - SDS - PE
Telefone: / 985019813
G.Instrução:
Ocupação: GRANITEIRO
Naturalidade: OLINDA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 13/03/2020 22:02

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL D / VEM DO HOF PARA INTERNAMENTO

Exame físico:

DOR + LIMITAÇÃO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE PLATO TIBIAL

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Clóvis Campelo, S/N - Olinda - PE

Atendimento: 341301 Entrada: 13/03/2020 Hora: 20:42
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 4 Dia(s), 14 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706900180610436

Paciente: 1628959 JACKSON JOSE REIS DA SILVA
Nascimento: 01/09/1992 (27 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA MONTE ALEGRE
Bairro: OURO PRETO C.E.P.: 53370-120
Cidade: 2609600 OLINDA
Pai: JOSIAS JOSE DA SILVA
Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8348424 - SDS - PE
Telefone: /985019813
Gestuação:
Ocupação: GRANITEIRO
Naturalidade: OLINDA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/03/2020 11:50

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ISAIAS FERNANDES - CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER / ELIVELTON

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

2. ARTROTOMIA AO NIVEL DO JOELHO

3. FASCIOTOMIA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MI
ASSEPSIA E ANTI SEPSIA
APOSICÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO VIA DE ACESSO ANTERO-LATERAL COM ABERTURA POR PLANOR E HEMOSTASIA
IDENTIFICAÇÃO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL. COM RETIRADA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO
REDUÇÃO, O MAIS ANATÔMICO POSSIVEL, COM VISUALIZAÇÃO DIRETA DA SUPERFÍCIE ARTICULAR
COLOCAÇÃO DE PLACA EM L PARA PLATÔ, 05 X 02 FUROS
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
COLOCAÇÃO DE 03 PARAFUSOS CORTICAIS

- . LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
- . SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
- . CURATIVO OCLUSIVO
- . RETIRADA DE GARROTE
- . USADA FLUOROSCOPIA

Materiais Prosmed

PLACA EM "L" 4,5MM - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 03 UNIDADES

PARAFUSO ESPONJOSO - 02 UNIDADES

Hospital Memorial Aracindo Moura
SAM-E
Centro de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Celso Cassiano, São Paulo-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

EC-3

INSCRIÇÃO DIREITO

Rossana Lúcia Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÚCIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INÁCIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPE 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 25/05/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
JACKSON JOSE REIS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8348424 SDS PE

CPF
091.487.914-66

DATA NASCIMENTO
01/09/1993

FILIAÇÃO
JOSIAS JOSE DA SILVA
VALERIA PAULA REIS DA SILVA

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000

CAT. HAR
AL

AP REGISTRO
05463300651

VALIDADE
28/12/2023

1ª HABILITAÇÃO
10/04/2012

OBSERVAÇÕES

JACKSON JOSE REIS DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
28/12/2017

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

59898251954
PE083503277

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1560708362

PROIBIDO PLASTIFICAR
1560708362

DFAC



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **091.487.914-66**

Nome: **JACKSON JOSE REIS DA SILVA**

Data de Nascimento: **01/09/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/10/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:04:09** do dia **11/06/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0139.46FD.E9D4.D2E9**



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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232729 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON JOSE REIS DA SILVA **Data do acidente:** 05/03/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 18/19/20
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232729 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON JOSE REIS DA SILVA **Data do acidente:** 05/03/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 18/19/20
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: PEDREIRO
Identidade: 8.348.424-SDS/PE CPF: 091.487.914-66
Endereço: RUA MONTE ALEGRE, 150, OURO PRETO,
OLINDA-PE, CEP=53.370-293

PROCURADOR (A):

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 05/03/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA-PE, 29/06/2020
Local e data

JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182074/20

Vítima: JACKSON JOSE REIS DA SILVA

CPF: 091.487.914-66

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/03/2020

Titular do CPF: JACKSON JOSE REIS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JACKSON JOSE REIS DA SILVA : 091.487.914-66

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: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232729

Vítima: JACKSON JOSE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 05/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACKSON JOSE 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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232729

Vítima: JACKSON JOSE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 05/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACKSON JOSE 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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JACKSON JOSE REIS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000005526835-8

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



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: 4 - Nome completo da vítima:

091.487.914-66

JACKSON JOSE REIS DA 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: JACKSON JOSE REIS DA SILVA 6 - CPF: 091.487.914-66
7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: RUA MONTE ALEGRE 9 - Número: 180 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: OLHO PRETO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.370-293
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81)999441109 16 - Tel.(DDD): (81)3538-0069

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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 5526835 8

(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 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, 30/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)