
Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200281379

Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Data do Acidente: 20/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200281379

Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Data do Acidente: 20/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

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 dos ombros

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: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007376

Conta: 0000025110-9

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: 704.210.194-43 4 - Nome completo da vítima: Manoel Victor Correia de Freitas

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

5 - Nome completo: Manoel Victor Correia de Freitas 6 - CPF: 704.210.194-43

7 - Profissão: Comandante 8 - Endereço: Rua Senzembia e Quatro 9 - Número: 316 10 - Complemento:

11 - Bairro: Jardim Paulista 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.409-150

15 - E-mail: (81)997140118 16 - Tel. (DDD):

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4376 CONTA: 05110 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nome)? ☐ 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 Lider 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, ou afilhado.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Paulista 05 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0118002039

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/03/2020 às
10:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 20/2/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1,
ROD. BR. 191 - JARDIM PAULISTA - PAULISTA - Bairro: JARDIM
PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA
DESCIDA PARA JARDIM PAULISTA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES (OUTRO)
JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

**JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
DANIELLE RODRIGUES CORREA Data de Nascimento: 14/1/1998 Naturalidade: RECIFE /
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
Profissão: COBRADOR Telefones Celulares:
- 988532281**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 146, RUA 64, N. 146 -
JARDIM PAULISTA BAIXO - PAULISTA - CEP: 55090-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: KÁTIA MARIA FARIAS DE LIMA FERNANDES Pai: MAURO GERALDO
BARBOSA FERNANDES Data de Nascimento: 8/4/1995 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /
BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
SECRETARIA(O) Telefones Celulares:
- 984978611**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.mfpol/xml/BOEPreview.html

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ARTHUR LUNDGREN I (BAIRRO), 66, RUA SALDA, N. 66 - ARTHUR LUNDGREN I - PAULISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QCA7224** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA O QUEIXOSO, QUE NO DIA 29/02/20, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, TRAFEGAVA NA ROD. BR 101, SENTIDO PAULISTA, EGRESSO DO TRABALHO, QUANDO NA ENTRADA QUE DÁ ACESSO A JARDIM PAULISTA, O VEÍCULO FIAT UNO CINZA, DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE SEGUIA EM SUA FRENTE, FREIOU BRUSCAMENTE, OBRIGANDO O MESMO A TENTAR DESVIAR, CAUSANDO SUA QUEDA. QUE ACIONOU O SAMU E M O MESMO NÃO CHEGOU. QUE LEVANTOU-SE PEGOU SUA MOTO E FOI PRA CASA,. QUE LÁ CHEGANDO, FOI SOCORRIDO PELA SUA GENITORA, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, SENDO ATENDIDO PELO DR. LEONARDO OLIVEIRA, CRM N. 9208, ONDE APÓS EXAMES DE IMAGENS, FOI CONSTATADO FRATURA DO UMERO PROXIMAL DIREITO, QUE DE LÁ FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. DIANTE DO EXPOSTO, FAX CIENCIA A ESTA AUTORIDADE POLICIAL.

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

JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS
(VITIMA)

KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES
(OUTRO)

B.O. registrado por: **EDMARIO MARQUES DE MENEZES** - Matrícula: **3848841**

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: 704.210.194-43 4 - Nome completo da vítima: Manoel Victor Correia de Freitas

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

5 - Nome completo: Manoel Victor Correia de Freitas 6 - CPF: 704.210.194-43

7 - Profissão: Comandante 8 - Endereço: Rua Senzala e Quatro 9 - Número: 316 10 - Complemento:

11 - Bairro: Jardim Paulista 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.409-150

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 997140118

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\$1.000,00 ☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4376 CONTA: 05110 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nome)? ☐ 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 Lider 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, ou afilhado.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Paulista 05 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07376

CONTA: 000000025110-9

Autenticação:

21A806A771B86EF61EACCF A96C3C219EB3D13BB42E96F0E510C56D368B2D2F0F



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1446878416

Via para Pagamento Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Dados do Cliente

DANIELLE RODRIGUES CORREIA
PROX A PADARIA PAN GOMES -
RUA SESSENTA E QUATRO 146 -
LOTE 16 -
JARDIM PAULISTA/NAVARRO -
53409-150 PAULISTA PE -

Atendimento ao Cliente



CELPE - 116

Atendimento 24 horas.

ANEEL - 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Conta Contrato

007034284142

Nº da Nota Fiscal

117627879

Período de Fornecimento

23/06/2020 a 24/07/2020

Data da Nota Fiscal

24/07/2020

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 233,66

Data de Vencimento

11/08/2020

25/00 e 9/04/04

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento 11/08/2020	Agência/Cd. Cedente 3064-3/91105-4	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento R\$ 233,66	(-) Desconto/abatimento
(-) Outras deduções		(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(*) Outros acréscimos		Ficha de Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número 28074600111514926		Nº do Documento 0345301144		Valor Cobrado R\$ 233,66			

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 - Alíquota: 25,00 - Valor do Imposto: R\$ 50,49

Destaque aqui



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 14 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento n°1595381, onde se lê o nome do paciente JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS, **leia-se JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**. Informamos que o que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do RG: 9.634.645.

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

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 15:52

Nome Paciente: JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: 0129
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 20/02/2020 16:37 - 20/02/2020 16:38

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA MSD + MMII HOJE

Observação:

ALERG -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2020 16:38

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO VICTOR CORREIA DE FREITAS

NOME SOCIAL:

IDADE: 22 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 21/02/20

DATA NASC.: 14/01/98

REG: 134505

DATA DA ALTA: 29/2/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/02/20 RAFI COM AMARRILHA E PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO) SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) DR. TIAGO NOGUEIRA ÀS SEXTAS FEIRAS 12HS; RETORNO NÃO EX-CEDER 30 DIAS
- CURATIVO DIÁRIO
- MANTER TIPOIA E MEXER DEDOS DA MÃO/PUNHO /COTOVELO DE MEMBRO SUPERIOR OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: COM CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL, LIMPO, DE BOM ASPECTO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 29/02/20
João Marcelo
Médico
CRM- 17.725

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOÃO VITOR CORREIA DE FREITAS

DATA DE NASC: 14/01/1998

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 134505

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITTO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
21/02/2020	
10:27	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ UM DIA, COM CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO (MEMBRO DOMINANTE), EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NO LOCAL. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NDN
	MEDICAÇÕES DE USO: NDN
	EXAME FÍSICO: EGB, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO ATIVA DE OMBRO DIREITO, SEM BLOQUEIOS À MOBILIZAÇÃO PASSIVA, COM NVC PRESERVADO.
	EXAMES DE IMAGEM: RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA EVIDENCIAM FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO
	CONDUTA: ORIENTADO POR DR. TIAGO MOURA: INTERNAMENTO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO SOLICITO LAB PRÉ-OP
	 Dr. Tiago Moura CRM 17.725 <i>Moura - Lot =</i> <i>14h</i> <i>Dr. A. Moura</i> <i>Pronto Soc. Paulista</i> <i>Ex. Externa Col. 1.º andar</i> <i>M.D. = N.V.</i> <i>Dr. A. Moura</i> <i>CRM 17.725</i>

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 28/02/2020

Hora: 15:34

Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento: 515442	Sala: 0002	SALA 02
Carteira	Paciente: 134505	JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS
Idade: 22 Anos	Convênio Atend: 1	SUS - INTERNACAO
	Leito: 203	ORTO-003-LEITO 003
	Dt. Inicio: 28/02/2020 14:00	Dt. Fim: 28/02/2020 15:29
	Cid Pré-Operatório: S422	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERÔ
	Cid Pós-Operatório: S422	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERÔ

Procedimentos

Procedimento: 0408020334	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERÔ (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia:	

Equipe Médica

CIRURGIÃO	19865	TIAGO CERQUEIRA LIMA NOGUEIRA
ANESTESISTA	5083	GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE UMERÔ PROXIMAL D
CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM AMARRILHA E PARAFUSOS
CIRURGIÃO: DR TIAGO NOGUEIRA
1º AUXÍLIO: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DRA GRACA COUTO
ANESTESIA: SEDACÃO + BLOQUEIO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM POSIÇÃO DE "CADEIRA DE PRAIA"
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MSO
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM SULCO DELTO-PEITORAL D
5. DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS ATÉ FOCO DE FRATURA
6. REDUÇÃO DA FRATURA
7. MONTAGEM DE AMARRILHAS COM REINSERÇÃO DO MANGUITO ROTADOR
8. APOSIÇÃO DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS COM ARRUELAS
9. LIMPEZA COM SF 0.9%
10. CHECADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

[Assinatura]
Dr. Ian Lacerda
Ortopedia Traumatologia
CRM: 20000-00000

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()

 SENHA 5884993

Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

 Nome do Paciente: _____ Idade: 22

PIC: 588781 - JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Sexo: M (x) F () Profissão: _____ Fone: _____

NME: DANIELLE RODRIGUES CORREA

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____


 Cidade: PAULISTA - R

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

 História Clínica Atual: Quebra de antebraço direito e antebraço esquerdo
com dor intensa e edema local

 Hipótese Diagnóstica: Fratura de Ulna proximal direita

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____

Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()

Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()

Distúrbio Fala/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()

Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

 FR: RN 35-50
 < 1 ano 30-50
 Crianças 20-30
 Adulto 12-30

 FC: RN 120-160
 < 1 ano 90-140
 Criança 80-110
 Adulto 60-100

Atendimento: 518305

Senha da Classificação:

0031

Data e Hora: 20/02/2020 23:22

Paciente: 134505 JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/01/1998 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DANIELLE RODRIGUES CORREA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA CENTO E SESENTA E C -

140

Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso

Altura

Temperatura

Horas

Sinais Principais

Paciente com relato de queda de cerca
no 9h (com) contusões no M.S.D. (na altura)
Ombro (D) - fratura aberta

Exame Físico

Rx com fratura com um tipo superior de
coluna da tórax

Hipótese Diagnóstica

Fr. de 6^a? / Tórax? (D)

Prescrição Médica

Tac de ombro (D)

Dr. Gustavo Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 26.150

Duvidas 01-02-2020 + 100 CV
Cefepime 100mg + 100mg SP 7/24

Dr. Gustavo Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 26.150

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 23:01



Nome Paciente: JOAO VITOR CORREIA DE FREITAS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/01/1998
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: 0031
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 20/02/2020 23:16 - 20/02/2020 23:18

ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PC ENCAMINHADO UPA DE PAULISTA COM SENHA 5887963 COM HD: FRATURA UMERO PROXIMAL D, APOS ACIDENTE AUTOMOBILIAR HÁ APROX 7 HORAS

Observação:

NEGA ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA/ HAS/ DM

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 131.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 49.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.40 °C

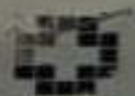
HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local: _____

RECEBIDO
HMA

Enfermeiro(a)
COREN-PE 445779

Acolhido(a) por: ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2020 23:18



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Igararibe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **518442**

Usuário: ALESSANDRAPSF

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS** Prontuário: 134505
Idade: 22a 1m 7d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 14/01/1998
Profissão: Escolaridade: CEP 53407730 - PE
R.G.: C.P.F.: 70421019441 Telefone: - PAULISTA
Endereço: RUA CENTO E SESSENTA E QUATRO, 146 - JARDIM PAULISTA
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 21/02/2020 16:27
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS Leito: ORTO-503-LEITO 004
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

SATURADO
07/03/2020
MAGDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/02/20 Hora da Alta: 12:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Bom
Diagnóstico Principal.....: FASCIITE CRÔNICA UNO (B)
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: RAFI MASSAGEM + FASCIOTOMIA

REVISADO
SCIH-HMA

João Marcelo Xavier
Médico
CRM-17555 e CRM:

Daniel Henrique Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

X João Victor P. de Freitas
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



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

EC-9



POLEGAR DIREITO



João Victor E. de Freitas

SIGNATURA DO TITULAR

REGISTRO
GERAL

9.634.645

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/06/2016

NOME

<< JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO BEZERRA DE FREITAS NETO >>

<< DANIELLE RODRIGUES CORREA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/01/1998

DOC. ORIGEM

<< CN 10677 L 26 F 249 CART 40DIST

PAULISTA PE 26.01.1998 >>

CPF

704.210.194-41

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1516460723006131214.6913416

F-71 12.121

- 4333

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: João Victor Sousa de Freitas
 Data do Acidente: 20/02/2020 CPF da vítima: 704.250.394-43
 Portador da documentação:
 Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador: nascimento 41031398.
 Número: nascimento Bairro:
 Cidade: nascimento UF: PR CEP: 41031398 Telefone: ()
 E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recatário médico (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalides Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: Paulista 05 de agosto 2020
 Nome: João Victor e de Freitas
 Assinatura:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:
 Identidade:
 Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200281379 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS **Data do acidente:** 20/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM AMARILHA E PARAFUSOS). PÁG 6/10
ALTA MÉDICA.

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220855/20

Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

CPF: 704.210.194-41

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS : 704.210.194-41

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: 07/08/2020
Nome: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS
CPF: 704.210.194-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

RAIANNE SILVA BARBOSA