

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Vitor Hugo Sousa Morim".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERCO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSÃO (LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITAÇÃO DA ADM E ALTERAÇÃO À MARCHA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GERSON DANIEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180423545**

Vitima: **GERSON DANIEL DA SILVA**

Data do Acidente: **14/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180423545**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GERSON DANIEL DA SILVA**

Sinistro: **3180423545**
Vítima: **GERSON DANIEL DA SILVA**
Data do Acidente: **14/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180423545** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2-“Assinatura do Representante Legal”).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu “Representante Legal” (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 “Assinatura do Beneficiário”) e seu Representante Legal (campo 2 “Assinatura do Representante legal”).

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

051.763.204-79

Nome completo da vítima

Gerson Daniel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Gerson Daniel da Silva

CPF titular da conta

051.763.204-79

Profissão

autônomo

Endereço

R. Dr. Aristachio Mourado de Azevedo

Número

119

Complemento

Bairro

mava careangá

Cidade

Recife

Estado

PE

CEP

50980-470

Email

Telefone (DDD)

81-3011.3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

J028

J26965

5

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

D/V

CONTA

NRO.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Olinda J9 de *06* de *2018*

Local e Data

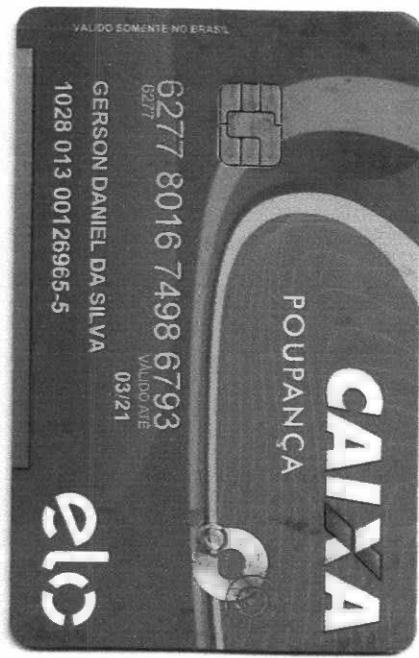
Gerson Daniel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018

**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: 3180423545
Nome do(a) Examinado(a): Gerson Daniel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Aristachos Dourado de Azevedo, 119
Caxanga Recife PE CEP: 50980-470
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6110464
Data local do acidente: [14/03/2018]
Data local do exame: [27/09/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

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

Tratamento: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA.
Data da Alta: MARCO/DE/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERCO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSAO (LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.

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

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

LIMITAÇÃO DA ADM DO MEMBRO, DEFORMIDADE E ALTERAÇÃO A MARCHA.

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 o 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"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Victor Ramires Reynaux Borba
CRM/PE - 21266

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE
DP37ªCIRC DIM/9ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0127003055**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2018** às
10:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **14/3/2018** às **07:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 1, AVENIDA
BELMIRO CORREIA - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
GERSON DANIEL DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

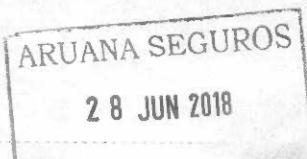
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
GERSON DANIEL DA SILVA

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

GERSON DANIEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: LUZINETE
Mae: ISABEL DANIEL DA SILVA Pai: ISMAEL DANIEL DA SILVA Data da Nascimento: 24/8/1984
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, 119, DUAS POR
TRAS DO HOTEL TURQUESA - CEP: 55888-000 - Bairro: BAXANCA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa da Conta no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GERSON DANIEL DA SILVA**,
Placa: PEQ4663 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 5B7205520 Chassi: 9G2KD0548DR158222
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEQ4663 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 5B7205520 Chassi: 9G2KD0548DR158222
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL

ANSWER

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Complemento / Observação

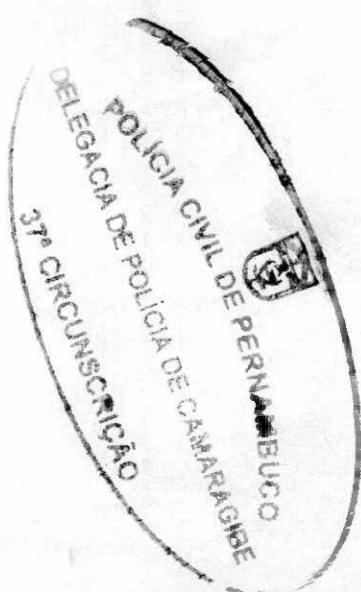
INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO, QUANDO PASSOU POR AREIA NA PISTA, VINDO A DERAPAR NA MESMA E PERDER O CONTROLE, VINDO A CAIR. A MESMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA. CONFORME A CERTIDAO N° 29114PH000365, A VITIMA FOI REGISTRADO NA UPA COM PRONTUARIO 888943. O MESMO CHEGOU COM SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE, SENDO ATESTADO A FRATURA DA TIBIA. LOGO APÓS O ATENDIMENTO NA UPA, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HABITAT RPTM-IR VARGAS E LOGO A SEGUIR PARA O SANTO CASA DE MISERICÓRDIA DE MARIA, QUE PASSOU POR ORURGIÁ

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

Gerson Daniel da Silva

GERSON DANIEL DA SILVA
(VITIMA)

ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA - Matrícula: 272548-9



ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gerson Daniel da Silva

CPF da Vítima

051.763.204-79

Data do Acidente

14/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ilheus, 19 de 06 de 2018

Local e Data

Gerson Daniel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 03/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 00000126965-5

Nr. da Autenticação CDCFB1F9659182CC



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2018APH000565 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). FRANKRAGNER ASSIS DA SILVA, 34 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6307564 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 052.040.834-99, residente à RUA PERDRO ALVARES CABRAL, nº 32, JARDIM ATLANTICO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 14/03/2018, por volta das 07:20 hs, no endereço: AVENIDA DOUTOR BELMIRO CORREIA, S/N, TIMBI CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, VERMELHA, PGO4663-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) GERSON DANIEL DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 051.763.204-79 e Registro Geral nº 6110464, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798041-8 ALCY. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO (SÃO LOURENÇO DA MATA). Registrado(a) com o prontuário nº 880943. Ficou aos cuidados do médico AZARIAS SALGADO, registro 6218. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/05/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000565

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

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018

diário Oficial

celpe
neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

NOTA FISCAL • **FATURA** • **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 711, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.035.932/0001-09 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE			ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA		
ISMAEL DANIEL DA SILVA			RUA DR. ARISTACIO DÓURO ADU DE AZEVEDO 119		
CPF: 270 166 174-91			NOVA CAXANGÁ/RECIFE RECIFE PE 50980-470		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico			CONTADOR 2032187016		
DATA DA NOTA FISCAL	TIPO	PERÍODO	MÊS	ANO	
007404100	ÚNICA	27/02/2018	02/2018	2018	
APLICAÇÃO	DATA DO CLUBE	IP DA INSTALAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO		DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/02/2018	2001488254	3121565	07/03/2018		28/03/2018
			TOTAL A PAGAR (R\$) 99,96		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	122 000000	0,66874564	81,56
Contribuição Iluminação Pública			15,36
ICMS Suvenção-CDE-NF 003610424-29/12/17			0,72
Multa por atraso-NF 003624255 - 29/01/18			1,75
Juros por atraso-NF 003624255 - 29/01/18			0,32
Atualização ICPM-NF 003624255 - 29/01/18			0,21

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										99,96
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
71506339	CAT	29/01/2018	17.265,00	27/02/2018	17.409,00	25	1.000,00		122,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5699
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO F.
CPF: 105.693.254-63

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC FERNANDES VIEIRA 21 B
JARDIM ATLÂNTICO/OLINDA
53140-300 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

22/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

463,78

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
15/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
15/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
020465142

CONTA CONTRATO
007027598778

Nº DO CLIENTE
2016265829
Nº DA INSTALAÇÃO
0002051166

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9184.F72E.1676.0C91.D309.55B1.FF25.E906

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	546,00	0,73927710	403,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,86
Acréscimo Bandeira VERMELHA			19,34
Contribuição Iluminação Pública			20,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 013084777-16/04/18			3,57
Multa por atraso-NF 013084777 - 16/04/18			7,87
Juros por atraso-NF 013084777 - 16/04/18			3,15
Atualização IGPM-NF 013084777 - 16/04/18			1,81
TOTAL DA FATURA			463,78

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	DI Reav	Valor
23/05/18	15/06/18	422,60

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,52168000
JUN	18
MAI	18
ABR	18
MAR	18
FEV	18
JAN	18
DEZ	17
NOV	17
OUT	17
SET	17
AGO	17
JUL	17
JUN	17

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh
546
520
591
504
445

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
149,22	34,96
18,19	4,26
85,10	19,64
21,88	5,13
126,70	29,45
426,84	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL			
abr/2018								
DIC-No de horas sem Energia	OLINDA	0,42	4,83	9,67	19,34			
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70			
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,42	2,69	0,00	0,00			
DCRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22					
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 150,32								
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.								

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MH0019	CAT	18/05/2018 36.741,00	15/06/2018 37.287,00	30	1.00000	0,00	546,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LITURA: 17/07/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007027598778	06/2018	463,78	22/06/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **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/BIBLIOTECAWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ruana Vangabera dos Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gerson Daniel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.204 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gerson Daniel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.204 / 79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:
Recusou

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	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Praca Financeira</u>	<u>fd. Atlântico</u>	<u>Alinda</u>	<u>21</u>	<u>B</u>
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>MRASS ESSORIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>			<u>81-3011.3224</u>	<u>9.8844-8263</u>

Alinda, 15 de 06 de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

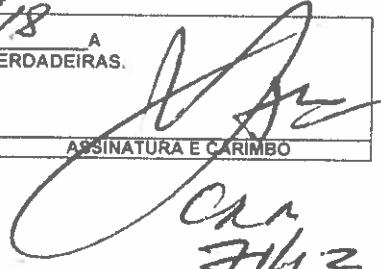
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 14/03/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14/03/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: GERSON Daniel da Silveira	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: ① Fraturas dos ossos da Perna Direita	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): - Fisioterapeuta clínico - Redução cruenta + osteosíntese com placas e parafusos. - Fisioterapia 20 30 sessões	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	membro inferior Direito ± 70%
2º	De Déficit funcional.
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/03/18 A
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Urubici DATA: 20/03/18 ASSINATURA E CARIMBO: 



João Ricardo Pontes Peres
CRM - 7142
Ortopedia/Trumatologia

Atendimento: 880943

Senha da Classificação:

0035

Data e Hora: 14/03/2018 08:04

Especialidade:

Paciente: 178337 GERSON DANIEL DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social :

Data do Nascimento: 21/09/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe:: LUZINETE JOSEFA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS CRM: 6218

Endereço: DOUTOR ARISTACHO DOURA --

119

Bairro: CAXANGA

Cidade/UF: RECIFE PE

Cep: 50980470

Usuário Atendimento: ADRIANA F.S.

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: (81)98137880

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

morre refluxo gástrico de modo

Exame Físico

*morre é gástrico e os movi-
mentos da parede abdominal
parece distensão subfértil*

Hipótese Diagnóstica

*fundos 13 d'ittel um
do hemisfério direito*

Conduta Terapêutica

transfuso etox - fotalia provisória

Prescrição Médica

transfuso etox - fotalia provisória
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório) Residência
Transferido:
Para:

Carimbo/Médico

Usuario Triagem:

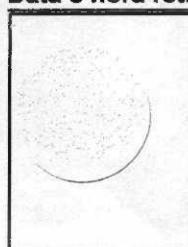
ATESTADO
() SIM () DIAS
() NÃO () DIAS

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/03/2018 08:02



Nome Paciente: GERSON DANIEL DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/09/1984
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/03/2018 08:03 - 14/03/2018 08:04

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDP PELO BOMBEIRO DE SLM ,VITIMA DE QUEDA DE MOTO HOJE,REFERE DOR EM MID.

Observação: NEGA ALERGIA

HAS-

DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- RÉGUA DE DOR: 5
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/03/2018 08:04

DATA: 14/03/18 HORA: 09:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gerson Daniel da Silva Número do Atendimento: 880943
Idade: 33 anos Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura de tibia

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: Nega Alergia () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonares () Outras

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: Bom () Regular () Gravé

5. INTEGRIDADE DA PELE

Normocorado () Hipocorado () Aclanótico () Clanótico Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMS () MMII () Anasarcina
() ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Consciente () Nôconsciente Orientado () Desorientado () Tonooso () Sedado
PUPILAS: Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrábismo () Midriase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: Cooperativo () Choroso () Irritado () Sotolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

Afebril () Febril T. AXILAR = 36 °C FR 43 IPM Sat 92-99% Eupneico () Dispnéico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: Presentes () Ausentes () Dinhuidos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitantes FC 70 bpm
PA: 126 x 71 mmHg PULSO: () Filiforme Chéio () Rítmico () Auserite ACESSO VENOSO: Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: Vó () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: Normal () Constipação () Flitos () Diarréa Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido Odor característico () ÉMATE Aspecto: () Hematómase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematuria () Oligúria () Poladúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

ARUANA SEGUROS

MOBILIDADE: Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: Sim () Não FORÇA MOTORA: Sim () Não () PARESIA Local: _____
Data: JUN 2018

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1. () Padrão respiratório prejudicado		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a _____ graus. <input type="checkbox"/> Aspirar VAS com técnica asséptica S/N <input type="checkbox"/> Comunicar alterações da frequência respiratória <input type="checkbox"/> Outros:	
2. () Dor () Crônica () Aguda		<input type="checkbox"/> Anotar localização e as características da dor <input type="checkbox"/> Aplicar escala de dor (0 à 10) <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação <input type="checkbox"/> Outros:	
3. () Instabilidade de pressão arterial		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial a cada _____ <input type="checkbox"/> Manter decúbito no leito <input type="checkbox"/> Outros:	
4. () Edema Local:		<input type="checkbox"/> Descrever características do edema <input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção <input type="checkbox"/> Outros:	
5. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada		<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia <input type="checkbox"/> Retira o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia <input type="checkbox"/> Outros:	
6. Glicemias Prejudicadas () Diminuída () Aumentada		<input type="checkbox"/> Aferir e registrar HGT de _____ <input type="checkbox"/> Outros:	
7. () Náuseas		<input type="checkbox"/> Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições	
8. () Vômitos		<input type="checkbox"/> Registrar e comunicar frequência e características do vômito	
9. () Diarréia		<input type="checkbox"/> Registrar frequência e aspecto da diarréia <input type="checkbox"/> Outros:	
10. () Integridade da pele prejudicada		<input type="checkbox"/> Registrar e comunicar alterações na integridade da pele <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima após eliminações	
11. () Risco para lesão		<input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos secos e esticados <input type="checkbox"/> Diminuir pressão nas proeminências ósseas <input type="checkbox"/> Outros:	
12. () Depressão		<input type="checkbox"/> Manter vigilância constante <input type="checkbox"/> Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente	
13. () Uso de álcool		<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas <input type="checkbox"/> Realizar contenção no leito S/N <input type="checkbox"/> Outros:	
14. () Risco para aspiração		<input type="checkbox"/> Manter decúbito a 45° <input type="checkbox"/> Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação <input type="checkbox"/> Outros:	
15. () Risco para infecção		<input type="checkbox"/> Evitar manuseio excessivo do paciente <input type="checkbox"/> Anotar e comunicar alteração de temperatura $> 37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Outros:	
16. ()		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros:	

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

FC- Freqüência Cardíaca

DUM- Data da ultima menstruação

VAS - Vía Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores

VO - Vía Oral

IG- Idade Gestacional

MMII- Membros Inferiores

SVD- Sonda vesical de demora

SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Freqüência respiratória

SVA- Sonda vesical de alívio

SNE- Sonda Nasointestinal

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Gerson Daniel da silva 33 anos

Registro: 880943

Responsável:

Contato:

Data/Hora	#	Enfermagem #
14.03.18 09h		<p>Cliente odm na sala amarela com EGR eufônico sat 99%.</p> <p>afebril 35°C, PR 43 bpm, normocardíco FC 71 bpm, hidratado, Medido CPM, Hb. Fratura de tibia. Ao EF cabeça e pescoço sem alterações, Pele integra, torax simétrico, AP com MV(t) SIRA, AC com BNF em 2+ SLS, abd flácido e plano, eliminação fisiológica(DIE+) e espontânea, aguarda transferência para HGV segue os cuidados.</p> <p style="text-align: center;">Síndrome Xanthomatose Cirurgia 13/03/2018</p>

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome:

Gerson Daniel de oliveira

Registro:

880843

Enfermaria:

Guarulhos Adolfo Lutz

Leito:

L06

Hora Admissão:

Plantão: () DIURNO () NOTURNO

DATA: 10/3/18

Estado Geral

() Regular() Grave() Gravíssimo

Dieta

() VO () SNG() SNE() Dieta Zero

Padrão Respiratório

() Eupneico() Dispneico

Acesso Venoso

() Periférico() Central

Local:

Curativos

() Sim() Não

Local:

Drenos

() Sim() Não

Local:

Evacuações

() Presente() Ausente

Aspecto:

Diurese

() Presente() Ausente() SVD/SVA

Aspecto:

Observações:

Aparecele fiquei puro e

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.		Ass. Tec. Enfermagem
11h00	120/70	—	—	—	—	—		J. Lucas B. Andrade Ass. Enfermagem TORN. 0078

Técnico de Enfermagem:

C. Marques / ARUANA

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome:

Registro:

Enfermaria:

Leito:

Hora Admissão:

Plantão: () DIURNO () NOTURNO

DATA: / /

Estado Geral

() Regular() Grave() Gravíssimo

Dieta

() VO () SNG() SNE() Dieta Zero

Padrão Respiratório

() Eupneico() Dispneico

Acesso Venoso

() Periférico() Central

Local:

Curativos

() Sim() Não

Local:

Drenos

() Sim() Não

Local:

Evacuações

() Presente() Ausente

Aspecto:

Diurese

() Presente() Ausente() SVD/SVA

Aspecto:

Observações:

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.		Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem:

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



UPA SÃO LOURENÇO DA MATA

6 Fem 81 AM

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Data de admissão: 14/07/18

Nome: Gerson Daniel

Sexo: M Idade: 33 a

Peso/peso estimado: 76 Altura/altura estimada: 168 IMC: 26.9

Risco nutricional: primário () secundário () terciário ()

DADOS CLÍNICOS:

História/ Diagnóstico Clínico:

Fratura

Patologias associadas: Cardiopatia () Hipertensão () Diabetes() Nefropatia()

Via de Alimentação: Oral() Sonda()

Alterações TGI: Mastigação dificultada () Disfagia () Náuseas() Vômitos ()

Função Intestinal: Regular() Irregular() Diarréica() Constipação()

Mudança na Consistência das refeições: Não() Sim ()

Apetite/Consumo Alimentar:Abaixo do estimado () Adequado() Acima do estimado()

Alergia/Intolerância Alimentar: Ausente

Uso de Suplemento: sim () não()

DADOS DIETÉTICOS PARA PACIENTES EM USO DE DIETA ENTERAL

Data de início de dieta: Hora:

Data de término da dieta: Hora:

Volume inicial de administração:

Progressões de volume:

Data:	Volume atual:	Data:	Volume atual:

KARLA MORAES
NUTRICIONISTA
CRN 6 - 8131

NUTRICIONISTA

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Gerson Daniel Bat. Silveira IDADE: 33 Anos
REGISTRO: 880943 DATA: 14/03/2018
HDA: Refre Pinote da mao

EX. FÍSICO: Vitórico e doloroso no dorso
mais intensos na região lombar.
Alívio com banheiros.

EX. COMPLEMENTARES: Plx

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

- Prostata
- dores lombares
- dores ósseos

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL:

SENHA: _____ DESTINO: _____

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM() NÃO()

JUSTIFICATIVA: _____

HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ MÉDICO SOLICITANTE: *Dr. Azanha Salgado*
14 MAR 2018

HORA DA SAÍDA: _____ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: _____

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: _____

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



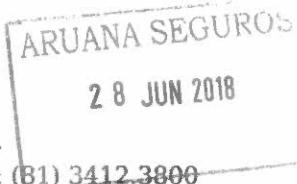
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GERSON DANIEL DA SILVA**, prontuário nº **1125704**, admitido neste hospital em 15/03/2018 com diagnóstico de Fratura dos Ossos da Perna Direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 19/03/2018.

Recife, 25 de Maio de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 19434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



ANEXO II

	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
H.S. A.					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Giovanni Daniel da Silva			567820		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		
11 - NOME DA MÃE			9 - SEXO		
			Male <input checked="" type="checkbox"/> 1	Female <input type="checkbox"/> 2	3
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			10 - RACIAÇÃO		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			12 - FONE DE CONTATO		
			Nº DO FONE		
16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA			14 - FONE DE CONTATO		
			Nº DO FONE		
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 18 - UF			19 - CEP		
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL			26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO	28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
Trau. em . de Mar. de 03/07 de 2011 da, perna direita + 04 000 000 5000			04 000 000 5000		
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/>			DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/>		
			DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/>		
			DIÁRIA DE UTI TIPO III <input type="checkbox"/>		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34-QTDE		
Plância em T c/08 furos			04 000 000 5000		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
Pray certifica N - 28 30 34 36 38 40/01 50/01			04 000 000 5000		
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
46/01 50/01			04 000 000 5000		
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura de 03m da perna direita, necessitando de cirurgia. Operado na ala hospitalar após internação.					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
Dr. Henrique Barbosa			16/05/18		
44 - DOCUMENTO			45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
CRM			171746226440		
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Henrique Costa Barbosa					
AUTORIZAÇÃO					
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			48 - CÓD. ORGÃO EMISOR		
			49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
50 - DOCUMENTO			51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
() CNS () CPF					
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			ARUANA SEGUROS		
			28 JUN 2018		
					CÓD: 192



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

Nome: **GERSON DANIEL DA SILVA**
Nº Registro: 567825 Nº Protuario: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)
Data: 16/03/2018 / 11:29 Convênio:
CPF: 05176320479 SUS - AMB

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 20/03/2018 11:16:41.

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531
Data: 20/03/2018

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



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

Nome: **GERSON DANIEL DA SILVA**
Nº Registro: 567825 Nº Protuario: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)
Data: 16/03/2018 / 11:28 Convênio:
CPF: 05176320479 SUS - AMB

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 16/03/2018-11:28

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico Fratura dos Ossos da Perna Direita + Ostectomia + Osteotomia

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + ostectomia + dissecção por planos, realizado osteotomia + redução da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com 01 placa + parafusos, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
5. Limpeza com SFO,9%;
6. Sutura por planos;
7. Curativo;
8. Rx controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 20/03/2018 11:18:07.

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



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

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

GERSON DANIEL DA SILVA

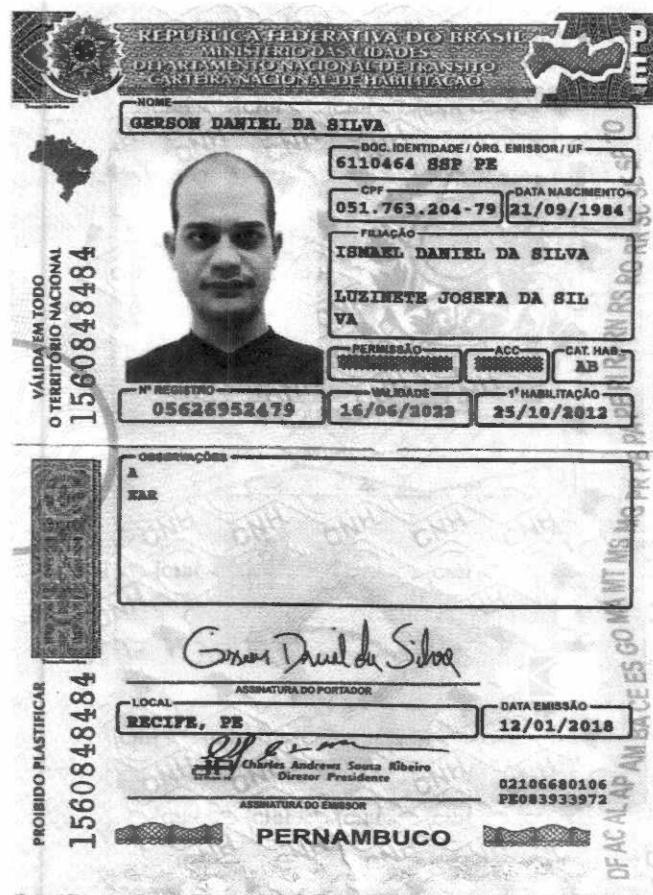
O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S82

Recife, 19/03/2018

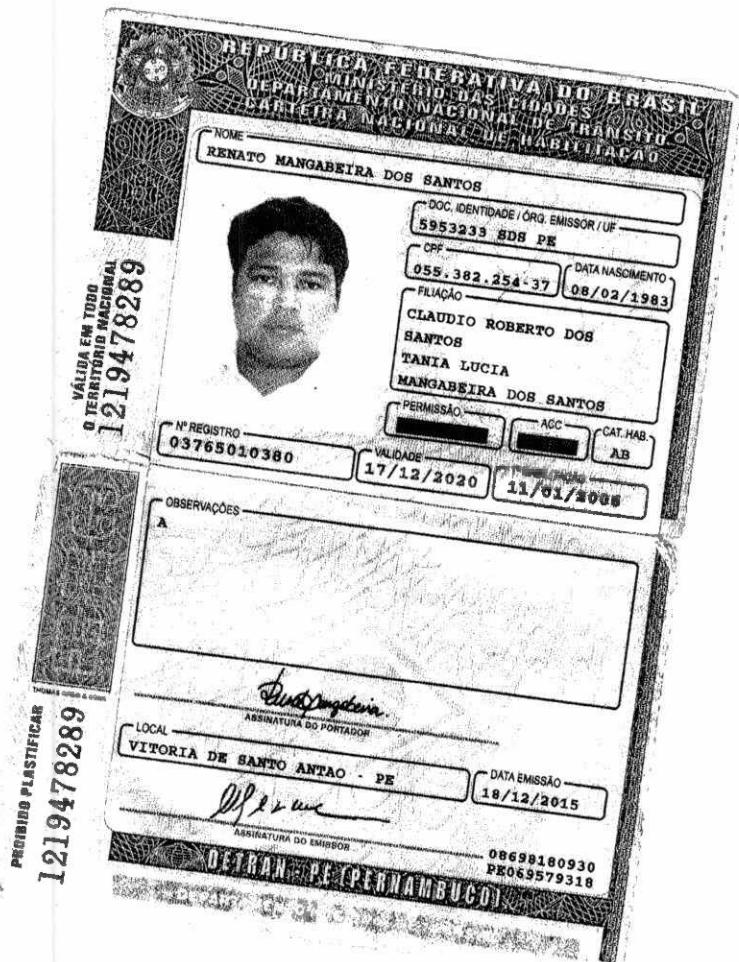

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

28 JUN 2018

ARUANA SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013712461061
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA- 1	CÓD. RENAVAM- 587205520	RNTRC- *****	EXERCÍCIO- 2017
NOME GERSON DANIEL DA SILVA			
RECIFE - PE			
CPF/CNPJ- 051.763.204-79	PLACA- PGQ4663		
PLACA ANT/UF- *****	CHASSI- 9C2KD0540DR158222		
ESPECIE TIPO- PAS MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL- ALCO/GÁSOL		
MARCA/MODELO- HONDA/NXR150 BROS ESD	ANO FAB. 2012	ANO MOD. 2012	
CAP/POT/CFI- 2P/149CL	CATEGORIA- PARTIC	COR PREDOMINANTE- PRETA	
I P V A	IPVA 2017 QUITADO FAIXA IPVA- 1	VENC. COTA UNICA- ***** PARCELAMENTO/COTAS- ***** 3 ^a *****	1 ^a ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURADO PAGO	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
RECIFE - PE			
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente - DETRAN/PE			
LOCAL	DATA 17/10/17		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO) - SEGURO DPVAT

PE N° 013712461061 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GERSON DANIEL DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE - PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 17/10/17

VIA- 1	CPF / CNPJ- 051.763.204-79	PLACA- PGQ4663
RENAVAM- 587205520	MARCA / MODELO- HONDA/NXR150 BROS ESD	ANO FAB.- 2012
CAT. TARIF. 09	Nº CHASSI- 9C2KD0540DR158222	CATEGORIA- PARTIC
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO- COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.803/0001-04

JRC-2017

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELLE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO



Seguradora Líder · DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerson Kaniel da Silva
 DATA DO ACIDENTE 31/03/2018 CPF DA VÍTIMA 051.763.204-79
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ruano Vaugabreira dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Pe Fernando Vieira
 N° 21 COMPLEMENTO B BAIRRO fd. Atlântica
 CIDADE Alinda UF PE CEP 55319-0-300
 E-MAIL URASSES SORI APENDENCIAS TELEFONE 81.3011.3224
@OUTLOOK.COM 8874-8263

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- 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 NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

Josyell

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERCO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSÃO (LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITAÇÃO DA ADM E ALTERAÇÃO À MARCHA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Gerson Daniel da Silva
RG/CNH/CTPS: 056.2695.2479 CPF: 051.763.201-79
End: Rua Dr. Aristides Barreto de Aguiar, 119,
Nova Caxangá, Recife/PE.

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 CPF: 055.382.254-37

End: AVENIDA PEDRO ALVARES CABRAL, 32, LOJA 12, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE

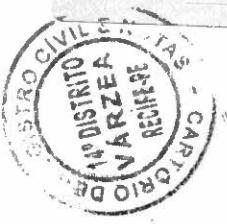
Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

vítima: Gerson Daniel da Silva

6 RECIFE , 16 de Maio de 2018.

Gerson Daniel da Silva
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Caxangá, 3489 - Iputinga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2251
Reconheço por AUTÊNTICIDADE a firma indicada de
GERSON DANIEL DA SILVA
lançada em minha presença. dou fé.
Recife, 16 de maio de 2018.
Milles Melo da Silva (Escrevente Autorizado)
Emol.: R\$ 3,39 TSMR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Selo 0076240.LSN05201802.03683
www.lpe.jus.br/setordigital



ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333849/18

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

CPF: 051.763.204-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: GERSON DANIEL DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

GERSON DANIEL DA SILVA : 051.763.204-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

RENTATO MANGABEIRA DOS SANTOS

ABENILDA MARIA BARBOSA