

# 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:**

# 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/EVERSAO ( 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**

Carta nº 13358421



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.seguradoralider.com.br](http://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**

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

Nome completo da vítima

051.763.204-79

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 Nova Carangá	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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. <u>1028</u> D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <u>126965</u> D/V <u>5</u> (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.

Quinta 19 de 06 de 2018

Local e Data

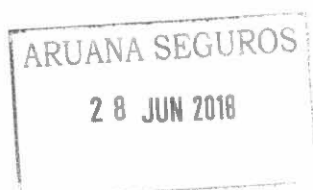
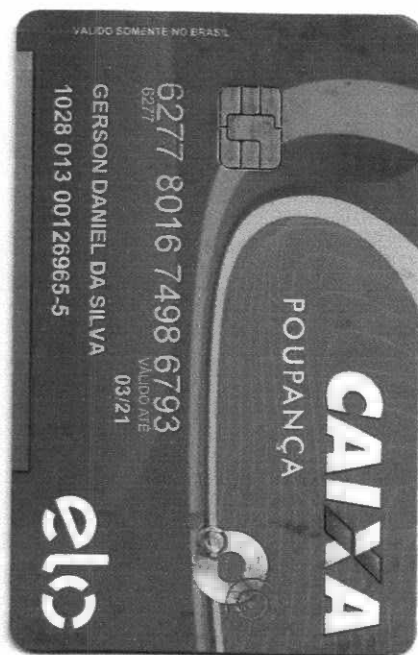
*Gerson Daniel da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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 Vitimas 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 Aristacho 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 TERÇO 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 DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSAO ( LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.**

- IV. Nexo de casualidade: 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

☐ ( ) "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):



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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
**Dr. Victor Ramires Reynaux Borba**  
 CPF - 038.972.994-27  
CRM/PE - 21266

1 de 1



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127003055**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 (VÍTIMA)**

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 Mãe: LUZINETE  
JOSEFA DA SILVA Pai: ISMAEL DANIEL DA SILVA Data de Nascimento: 21/8/1984  
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, 119, DUAS POR  
TRAS DO HOTEL TURQUESA - CEP: 55080-000 - Bairro: GAXANGA -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato 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,  
que possui em nome próprio Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA  
Categoria/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/MARTIN 150 BROS Objeto apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE046623** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **5E7205520** Chassi: **9C2KD05400R158222**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**



ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



## Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO, QUANDO PASSOU POR AREIA NA PISTA, VINDO A DERRAPAR 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 CERTIDÃO Nº 2018AFH000000000. A VITIMA FOI REGISTRADO NA UPA COM PRONTUARIO 880943. O MESMO CHEGOU COM SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE, SENDO ATESTADO A FRATURA DA TIBIA. LOGO APOS O ATENDIMENTO NA UPA, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL ARTHUR VARGAS E LOGO A SEGUIR PARA O SANTA CASA DE WIGERTIGORRIA, ONDE PASSOU POR CIRURGIA

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

*Gerson Daniel da Silva*

GERSON DANIEL DA SILVA  
(VITIMA)

*A*

B.O. registrado por: ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA - Matrícula: 272848-0



ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

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 <u>Geison Karriel da Silva</u>	CPF da Vítima <u>051.763.204-79</u>	Data do Acidente <u>14/03/2018</u>
---	--	---------------------------------------

**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.

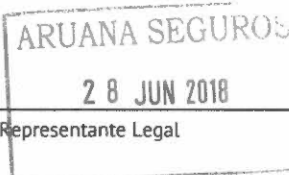
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Uluanda 19 de 06 de 2018  
Local e Data

Geison Karriel da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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: 000000126965-5

Nr. da Autenticação CDCFB1F9659182CC



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

**CERTIDÃO**

**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 ° 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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ISMAEL DANIEL DA SILVA

CPF: 270 185 174-91

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA DR. ARISTACHO DOUHALU DE  
AZEVEDO 119

NOVA CANKANGARECIFE  
RECIFE PE  
50960-470

NP DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
007404100	Unica	27/02/2018
APRESENTAÇÃO	NP DO CLIENTE	NP DA INSTALAÇÃO
27/02/2018	2001488254	3121565

CONTA CONTINUA	MÊS/ANO
2032187016	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROPOSTA/LEITURA
07/03/2018	28/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	99,96

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	122 0000000	0,66874554	81,56
Contribuição Iluminação Pública			15,36
ICMS Subvenção-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 IGP-M-NF 003624255 - 29/01/18			0,21

TOTAL DA FATURA

99,96

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	NP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
71506339	CA1	29/01/2018	17 261,680	27/02/2018	17 405,00	29	1,34389		122,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

## 2a VIA

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  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

19/06/2018 11:16

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Aruana Vangheira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254 / 34 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 Invalidadez 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.

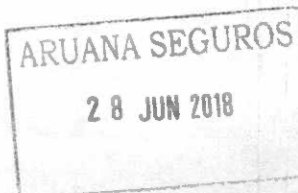
Endereço		Número	Complemento
<u>Praca Fernandes Lima</u>		<u>21</u>	<u>B</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Ed. Atlântico</u>	<u>Olinda</u>	<u>PE</u>	<u>5340-300</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>IRASSESSORIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>	<u>81-3011.3224</u>		<u>9.8844-8263</u>

Olinda 15 de 06 de 2018

Local e Data

Aruana Vangheira dos Santos

Assinatura do Declarante





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 SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: ① Fratura dos ossos da perna direita	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): # Tratamento cirúrgico - redução cirúrgica + osteossíntese com placas e parafusos + fisioterapia RC 30 sessões	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> 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 DEFICIT FUNCIONAL.
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/08/18 A 20/08/18	
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Vitória	DATA 20/08/18
ASSINATURA E CARIMBO [Assinatura]	

ARUANA SEGUROS

12 SET 2018

João Ricardo Pontes Peres,  
CRM - 7142  
Ortopedia/Traumatologia



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: ADRIANAFS

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

*no refuso queda de sono*

Exame Físico

*no é poluição e os movi-  
mentos de pernas e braços  
são livres e bem avaliados*

Hipótese Diagnóstico

*fratura 113 de 114 com  
do limbo direito*

Conduta Terapêutica

*fixa com - 100% no visor*

Prescrição Médica

*TRANSFUSÃO  
DE SANGUE  
DE 100 ml de SANGUE  
DE 100 ml de SANGUE*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

*HBV* Senha: 5383106

Carimbo/Médico

Usuario Triagem:

**ATESTADO**

( ) SIM ( ) DIAS  
( ) NÃO



ARUANA SEGUROS

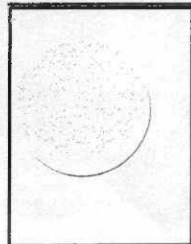
28 JUN 2018

## 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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



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

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gerson Daniel da Silva

Número do Atendimento: 88943

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 pulmonar ( ) Outras

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ☒ Bom ( ) Regular ( ) Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☒ Normocorado ( ) Hipocorado ☒ Aclanótico ( ) Clanótico ☒ Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alergicas  
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarca  
( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ( ) Inconsciente ☒ Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado  
PUPILAS: ☒ Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotórreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo ( ) Chorooso ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

☒ Afebril ( ) Febril T. AXILAR= 36 °C FR 43 IPM Sat O2= 99 % ☒ Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Entubado  
MURMÚRIOS VESICULARES: ☒ Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitanes FC 70 bpm  
PA: 126 x 71 mmHg PULSO: ( ) Filiforme ☒ Cheio ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: ☒ Periférico ( ) Jugular ( ) Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ Ao ☒ Acelta bem ( ) Parcialmente ( ) Não acelta ABDOME: ☒ Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso ☒ Plano  
( ) Ascítico ( ) Gravídico EVACUAÇÃO: ☒ Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso  
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ☒ Odor característico ( ) EMA Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: ( ) Ausente ☒ Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria  
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☒ Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: ☒ Sim ( ) Não ( ) PARESIA 28 JUN 2018

ARUANA SEGUROS



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

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
FC- Frequência Cardíaca  
DUM- Data da última menstruação  
VAS- Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores  
VO- Via Oral  
IG- Idade Gestacional

MMII- Membros Inferiores  
SVD- Sonda vesical de demora  
SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória  
SVA- Sonda vesical de alívio  
SNE- Sonda Nasoenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Gerson Daniel da Silva 33 anos

Registro: 000943

Responsável:

**Contato:**

Data/Hora	#	Enfermagem #
14.03.18 09h		<p>Cliente adm na sala amarela com EGR eufneico sat99% afebril 35°C FR 13 IPM, normocardico Fc 71 bpm, hidratado, Medi- cado cPM, HD-fratura de tibia, AO EF cabeça e pescoço sem alteração, Pele integra, torax simétrico, AP com MV(H) S/ RA, Ac com BVF em 2T S/S, abd flácido e plano, eliminação fisioló- gica (DIE+) e espontânea, aguarda transferência para Hóv se- gue os cuidados</p>

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

[illegible]





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Geovani Daniel de Alve Registro: 880843

Enfermaria: Maternidade

Leito: 206

Hora Admissão: \_\_\_\_\_ Plantão: ( ☒ ) DIURNO ( ) NOTURNO DATA: 10/11/18

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: Apresenta fratura

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
<u>11h00</u>	<u>120x70</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>Lucia B. M.</u>

Técnico de Enfermagem: Geovani Daniel de Alve

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 Jan 5/Am

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Data de admissão: 14/01/18

Nome: Gerson Daniel

Sexo: M Idade: 33a

Peso/peso estimado: 76 Altura/altura estimada: 168 IMC: 26.7

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

**DADOS CLÍNICOS:**

História/ Diagnóstico Clínico:

diabetes

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

Via de Alimentação: Oral (X) Sonda ( )

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

Função Intestinal: Regular (X) Irregular ( ) Diarréia ( ) Constipação ( )

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

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

Alergia/Intolerância Alimentar: Ausente

Uso de Suplemento: sim ( ) não (X)

**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:

KARLLIMORAES  
NUTRICIONISTA  
CRN 6 - 8131

NUTRICIONISTA

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Gerson Daniel da Silva IDADE: 33 anos  
REGISTRO: 880943 DATA: 14/03/2018  
HDA: Refere Pseudo de morte

EX. FÍSICO:

EX. COMPLEMENTARES:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Fratura do úmero direito do osso
2. do osso da direita
3. fratura do osso

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL:

SENHA: \_\_\_\_\_ DESTINO: \_\_\_\_\_

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM( ) NÃO( )

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

HORA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_ MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Azarias Salgado  
14 MAR 2018

HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_\_ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

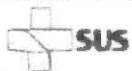
## DECLARAÇÃO

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

**Dr<sup>a</sup> Roberta Cavalcanti de Almeida**  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Sistema Único de Saúde  
Ministério da 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

H.S.A.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Carson David da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

567820

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

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

Trat. cir. de fratura de osso da perna + osteotomia

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

04 0806 0174

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Reinicia em T 01/08/2018

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0 702031 00302

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Trat. cirúrgico N- 28/01 30/01 34/01 36/01 38/01

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

08

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

46/01 50/01

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40-QTDE

**41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de moto, resultando em fraturas de osso da perna direita, necessitando de cirurgia. Operado pela hospitalar após urgência.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Henrique Barbosa

43 - DOCUMENTO

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

1 - CNS

2 - CPF

71746226440

45 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Henrique Costa Barbosa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 100531

46 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/18

**AUTORIZAÇÃO**

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

1 - CNS

2 - CPF

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 Protuário: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)  
Data: 16/03/2018 / 11:29 Convênio: SUS - AMB  
CPF: 05176320479

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  
Osteopata / Fisioterapeuta  
CRM 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa  
Osteopata / Fisioterapeuta  
CRM 10531

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 Protuário: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)

Data: 16/03/2018 / 11:28 Convênio: SUS - AMB

CPF: 05176320479

## 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 + Osteotomia + Osteotomia

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

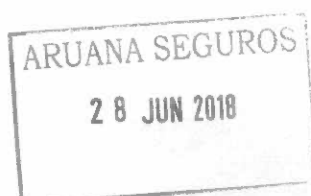
Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antissepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + osteotomia + dissecação 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 SF0,9%;
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.





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](http://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  
Médico Cirurgião  
CRM 10531

**Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA**  
**CRM: 10531**

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
 5953233 SD8 PE

CPF  
 055.382.254-37

DATA NASCIMENTO  
 08/02/1983

FILIAÇÃO  
 CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS  
 TANIA LUCIA MANGABEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO  
 ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO  
 03765010380

VALIDADE  
 17/12/2020

11/01/2006

OBSERVAÇÕES  
 A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

DATA EMISSÃO  
 18/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

08698180930  
 PE069579318

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1219478289

PRECISO PLASTIFICAR  
 1219478289

ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013712461061  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 587205520 RNTRO \*\*\*\*\* EXERCICIO 2017

NOME  
GERSON DANIEL DA SILVA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ 051.763.204-79 PLACA PGQ4663

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\* CHASSI 9C2KD0540DR150222

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PRE DOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS  
IPVA 2017 QUITADO 1º \*\*\*\*\*  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º \*\*\*\*\*  
A 1 \*\*\*\*\* 3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

RECIFE-PE 17/10/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 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 EXERCICIO 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 2013 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 9C2KD0540DR150222

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.603/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Guerson Daniel da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 14/03/2018 CPF DA VÍTIMA 051.763.204-79  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ruato Vargabeira dos Santos  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Fernandes Vieira  
 Nº 21 COMPLEMENTO B BAIRRO Ed. Atlântico  
 CIDADE Olinda UF PE CEP 53190-300  
 E-MAIL WAPASSESSORIA@GMAIL.COM 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, TAIS 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, TAIS 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](http://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

Josely

# 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/EVERSAO ( 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: 05626952479 CPF: 051.763.204-79

End: Rua Dr. Aristacho Damasceno 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

5 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 AUTENTICIDADE a firma indicada de  
GERSON DANIEL DA SILVA  
lançada em minha presença, dou fé.  
Recife, 16 de maio de 2018. Willes Melo da Silva a verdade.  
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)  
Emol.: R\$ 3,39 TSMR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79  
Selo 0076240.LSN05201802.03683

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](http://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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ABENILDA MARIA BARBOSA