

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200074797 Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JANETE BARBOSA DE AGUIAR**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004758**

Conta: **00000431-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 114.114.444-95 4 - Nome completo da vítima: João Vinícius Barbosa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: João Vinícius Barbosa da Silva 6 - CPF: 114.114.444-95

7 - Profissão: sem 8 - Endereço: Rua Zolofa Maria do Jesus 9 - Número: 153 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Santa Cruz do Capangue 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-193

15 - E-mail: sem 16 - Tel (DDD): (11) 99304-6099

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: João Teodoro Barbosa de Aguiar

18 - CPF do Representante Legal: 055.963.264-96 19 - Profissão do Representante Legal: sem

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4758 CONTA: 431 0

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Santa Cruz (PE), 13/02/2020

João Vinícius Barbosa da Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 42 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 71764 1013

6036

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

VALID
THRU

10/24

4758 013 00000431-0



mastercard

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 444.444.444-95 4 - Nome completo da vítima: João Vinícius Barbosa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: João Vinícius Barbosa da Silva 6 - CPF: 444.444.444-95

7 - Profissão: Nenhuma 8 - Endereço: Rua Zolofa Maria do Jesus 9 - Número: 153 10 - Complemento:

11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Santa Cruz do Capangaze 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-193

15 - E-mail: Nenhuma 16 - Tel (DDD): (91) 99304-6099

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Zolofa Maria do Jesus

18 - CPF do Representante Legal: 055.963.264-96 19 - Profissão do Representante Legal: Nenhuma

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4758 CONTA: 431

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Nome: 38 - CPF: 39 - Nome: 40 - CPF:

Assinatura da testemunha Assinatura da testemunha

41 - Local e Data: Santa Cruz (PE), 13/02/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 71764 1013

6036

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

VALID
THRU

10/24

4758 013 00000431-0



mastercard



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000180

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/02/2020 às 10:31

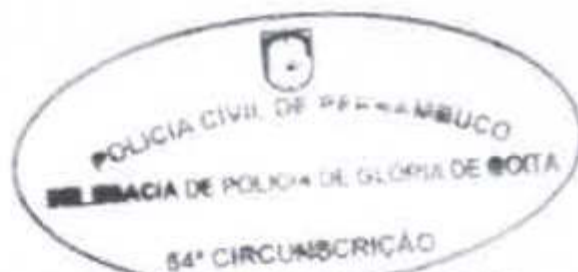
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/6/2019 no período da Manhã

Tipo da Ocorrência: **QUEDA DE MOTO**
Local da ocorrência na ocorrência: **TRAVESSA SAO PAULO, 1 - Bairro: INDEPENDENTE - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Via Pública: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
NÃO SE APlica (AUTOR, AGENTE)
JANETE BARBOSA DE AGUIAR (NOTICIANTE)
MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (OUTRO)
VÍTIMA (Vítima do acidente) (VÍTIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEICULO: (Unidade na ocorrência da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a) JANETE BARBOSA DE AGUIAR



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

J.V.B.O.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Nome: JANETE BARBOSA DE AGUIAR Filio: CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (Data de Nascimento: 25/12/2002) Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL (CPF: 10955644/8081PE (RG): 11417444405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO - Ocupação: ESTUDANTE - Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TORITAMA, 153, RUA JOSEFA MARIA DE JESUS, 153 - CEP: 55080-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APlica - Nome da Abade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Referência no estabelecimento comercial - Endereço do Estabelecimento

JANETE BARBOSA DE AGUIAR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Nome: MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR Filio: JOACIR CASSIANO DE AGUIAR (Data de Nascimento: 25/4/1984) Nacionalidade: TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL (CPF: 7175184/8081PE (RG): 05596326496 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO - Ocupação: DO LAR - Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TORITAMA, 153, MESMO ENDEREÇO - CEP: 55080-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

320074797



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000180

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/02/2020 às 10:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/6/2019 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA SAO PAULO, 1 - Bairro: INDEPENDENTE -**

TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)

JANETE BARBOSA DE AGUIAR (NOTICIANTE)

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (OUTRO)

J.V.B.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JANETE BARBOSA DE AGUIAR

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

J.V.B.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JANETE BARBOSA DE AGUIAR** Pat.

CRISTIANO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: **25/12/2002** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO /**

BRASIL Documentos: **10955844/SDS/PE (RG), 11417444495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU**

INCOMPLETO Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 153, RUA JOSEFA MARIA DE JESUS, 153 - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

JANETE BARBOSA DE AGUIAR (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SMARIA ESTELA BARBOSA DE**

AGUIAR Pat. **JOACIR CASSIANO DE AGUIAR** Data de Nascimento: **25/4/1984** Nacionalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO /**

BRASIL Documentos: **7175384/SDS/PE (RG), 05596325495 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU**

INCOMPLETO Profissão: **DO LAR**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 153, MESMO ENDEREÇO - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANETE BARBOSA DE AGUIAR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDP0653** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Chassi: **9C2JC4820FR545660**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCOI/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO, ONDE O SEU FILHO ESTAVA NA GARUPA, QUANDO UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, AO FAZER UMA MANOBRA PROIBIDA, PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO CHÃO. ONDE O SEU FILHO(VÍTIMA) SOFREU SÉRIAS LESÕES, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA LOCAL EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE, DEPOIS REMOVIDA PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TAGINO DE CAMPINA GRANDE-PB.

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

J.V.B.D.S. (Menor de Idade)

(VÍTIMA)

Seu Único Filho da Silva
JANETE BARBOSA DE AGUIAR

(NOTICIANTE)

Janete Barbosa de Aguiar
B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 114.174.444-95 4 - Nome completo da vítima: João Vinícius Barbosa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: João Vinícius Barbosa da Silva 6 - CPF: 114.174.444-95
 7 - Profissão: sem 8 - Endereço: Rua Josefa Maria do Jesus 9 - Número: 153 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Santa Cruz do Capibaribe 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-193
 15 - E-mail: sem 16 - Tel (DDD): (11) 99304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: João Barbosa da Silva
 18 - CPF do Representante Legal: 055.963.264-96 19 - Profissão do Representante Legal: sem

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4758 CONTA: 431 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido(a) criança? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Santa Cruz (PE), 13/02/2020

João Vinícius Barbosa da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANETE BARBOSA DE AGUIAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000000431-0

Nr. da Autenticação 8B4D09FF8DCC4B15

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 18.835.932/0001-68
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0605943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 115 | 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

DADOS DO CLIENTE

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR
CPF: 226.830.304-40

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSEFA MARIA DE JESUS 153

STA TEREZA/SANTA CRUZ DO CAMBARÉ
55185-193 SANTA CRUZ DO CAMBARÉ PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 416/2011), 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

29/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

237,66

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

093741538

CONTA CONTRATO

001706514020

Nº DO CLIENTE

200864286

Nº DA INSTALAÇÃO

000444064

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

3C02.4335.C1BD.6CF9.780B.04B3.32A9.0776

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUBO	284,80	8,42658182	112,81
Consumo Ativo(kWh)-TS	284,80	9,35875625	94,71
Atenuação Bandeira AMARELA			5,96
Contrib. Serv. Pública Municipal			16,74
ICMS Subvenção-COE-AP 088082423-22/11/19			1,57
Multa por atraso-NF 088082423 - 22/11/19			4,34
Juros por atraso-NF 088082423 - 22/11/19			1,95
Atualização IGPM-AP 088082423 - 22/11/19			0,58
TOTAL DA FATURA			237,66

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
212,38	25,00	53,09	212,38	0,90	1,91
			212,38	4,15	8,81

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Valor	De Débito	Valor
358,17	358,17	

Este consumidor NÃO usufruirá prazo de crédito anterior e NÃO poderá solicitar suspensão de fornecimento por falta de pagamento, podendo ocorrer o cancelamento do contrato, podendo também ser cobrada conforme as condições definidas na AVL 09/08/2014 (ANEEL). Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplentes de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUBO 8,42658182
Consumo Ativo(kWh)-TS 9,35875625

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)-TUBO	Consumo Ativo(kWh)-TS	DATA	VALOR
284,80	284,80	JAN 20	284,80
284,80	284,80	DEZ 19	284,80
284,80	284,80	NOV 19	284,80
284,80	284,80	OUT 19	284,80
284,80	284,80	SET 19	284,80
284,80	284,80	AUG 19	284,80
284,80	284,80	JUL 19	284,80
284,80	284,80	JUN 19	284,80
284,80	284,80	MAI 19	284,80
284,80	284,80	ABR 19	284,80
284,80	284,80	MAR 19	284,80
284,80	284,80	FEV 19	284,80
284,80	284,80	JAN 19	284,80

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Energia	RE	%
Transmissão	1,04	0,43
Distribuição (Cálculo)	44,30	18,65
Energia Comercial	16,36	6,93
Tratamento	0,01	0,00
Perdas de Energia	14,30	6,07
TOTAL	172,01	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
NDH-Horas de falta sem energia	SANTA CRUZ DO CAMBARÉ	0,00	5,18	16,38	20,77
NDH-Horas de falta sem energia	CAPIMBARÉ	0,00	2,30	6,90	15,26
NDH-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,34	6,90	6,90
Limite NDH: 12,23					
NDH-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite NDH: 12,23					
Limite NDH: 12,23					

Fonte: Cálculo baseado nos dados de interrupção de energia elétrica (NDH, NDH, NDH e NDH) e duração máxima de interrupção contínua.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

POTÊNCIA DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
60000003010157463	CAT	24742918	22322336	22322336	25386,38	28	1,96000
							0,90
							294,28

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/02/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia, eletrônica, avenida bela vista, bela vista / peregrini / r. xco paulo ou em lista completa em www.celpe.com.br.
No data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 38.458/12.
O cliente é compensado quando há violação de continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL) e juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no preço, não.
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o cancelamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL 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
001706514020	01/2020	237,66	29/01/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitores ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 518050 Prontuário: 340308
Nome: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA
Data Nasc.: 25/12/2002 Idade: 16 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 700302962867439
Endereço: RUA JOSEFA MARIA DE JESUS Nº: 153
Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado: PE
CEP: 55105103 Fone: 91598259 Profissão:
Nome da Mãe: JANETE BARBOSA DE AGUIAR
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 14/06/2019 19:52 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão aberta de coto - mão, afirma uso de esparadrapo.
Vaga refração, visão normal. Afirma encurtamento do membro
como neurológico normal.

Exame Físico:

Del. Alta Anqis Geral
1. Ortopedia

PA: FC: FR:

Dr. Gilvane Gomes
Cirurgia Geral
CRM-PE 25428

Diag. Provisório:

+TROC

Paciente com ferida do 1/3 médio da clavícula.
com encurtamento $\approx 2,5$ cm

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

C.D. Tratamento conservador
Euporif

Anderson Ary Dias
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21731

	Nome Paciente:	JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	25/12/2002
	Sexo:	Masculino
	Idade:	16
	Senha:	U0014
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 14/06/2019 19:45 - 14/06/2019 19:46

SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-MOTO, DE CAPACETE, NEGA VOMITO. RELATA DESMAIO E PERDA DE CONCIENCIA. APRESENTA DOR E EDEMA EM OMBRO ESQ. SENHA: 5705957

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - HISTÓRIA INAPROPRIADA?

Especialidade: - CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/06/2019 19:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

(☒) Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento Anderson Ary Dias

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

14/06/2019 19:53:23
2 de 2

Usuário do Atendimento
ROSANGELASSB

Diagnostic Pre-Operations

CONTEMPORARY Therapy

8119	820
------	-----

Scanned by CamScanner

PACIENTE:

JOÃO V CA SILVA

Nº DO FRONTO:

Nº DO ATENDIMENTO:

DATA DA OPI:

06/19

ESTRUTURA:

LEITO:

OPI RADIOLÓGICA:

Dr. Luciano Costa

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

Dr. Janselmo Anestesia

DIAGNÓSTICO:

Gravidez de 32 semanas

TIPO DE OPI:

Gravidez de 32 semanas

DIAGNÓSTICO:

Gravidez de 32 semanas

RELATÓRIO:

Gravidez de 32 semanas

EXAME RADIOLÓGICO:

Gravidez de 32 semanas

RESUMO DE OPI:

Gravidez de 32 semanas

1- 39006042

2- 38056050

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

- 1) Anestesia/Intubação
- 2) Colocação do campo
- 3) Incisão na parede
- 4) Redução cirúrgica 1/2 feto
- 5) Colocação de sutura óssea
- 6) Incisão por feto
- 7) Curativo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HIT HOSPITAL
ANTONIO TARDIN

NOME: JOÃO VÍCTOR BARBOSA DA SILVA IDADE: 16
 AL: CLINICA LEITO: 23 MEDICO: Dr. Roberto Gomes
 DATA: 20/06/18

RESUMO

Paciente admitida, Oxiapne,
 Atelet, na sala 2 no 1º andar
 Realizar curativo, 2 x 24h, em
 ferida, com curativo ①, curativo
 curativo de infecção.

Enfermeira S. A. Silva
 16/06/18

TAREFAS

Paciente em POI de natureza de edema, com curativo,
 edema, curativo, curativo, curativo com 2 de
 curativo, em 24h, curativo.

Bianca Baston A. Santos
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PR 117652

NOTA

paciente em sala esteril em pós operatório
 medicação realizada feita curativo e
 curativo

Margarita Lira Silva
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PR 88117

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Yá Lúcia Barbosa de Lima IDADE: 16
ALIA: Carla LETO: 20 MÉDICO: Dr. Manoel

DATA: 18/06/18

MANHÃ

Paciente Barbosa, Lúcia,
adulta, caucasiana, divorçada,
transfere-se dia 20/06/18
Clavícula @, Albino e Amarelado,
2.0.1.04 27.3, 04 ventilado, 20/06/18
Manuseio, segue na observação

Manuseio na observação

RECIBO DE ENFERMAGEM
CÓPIA Nº 123456789

TARDE

Paciente consciente, orientado, com AVP, deambulando,
diurese @, em uso de ATB, medicado ACM, alérgico a
Amoxicilina, para cirurgia amanhã, laboratório em
anexo, segue aos cuidados

RECIBO DE ENFERMAGEM
CÓPIA Nº 123456789

NOITE

Paciente com quadro geral estável, consciente e
orientado, supraco, em ventilado, mcpm, em pré
operatório, em dieta grs. segue aos cuidados gerais
SSVU

Dalyana Kelly de C. Santos
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PE 123456789

HAT
ANTONIO TARCHI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: JOÃO VILALVA BARBOSA

END: Queluz

UNID: 32

CLÍNICA: Cardiologia

DIAGNÓSTICO:

DATA: 21/06/13

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

25/06/13 Dr. Fernando
Dr. Roberto


Dr. Fernando
Médico, Otorrinolaringologista
CRM: 25512/SP

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Vitor da Silva
Sexo: masculino Idade: 32 Contato: SVS

Diagnóstico: Ansiedade Data: 20/06/19

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1) <u>Diclofenaco</u>					
2) <u>Rizatriptano EV</u>	<u>18</u>	<u>06</u>			
3) <u>Citalopram - 10mg EV</u>	<u>18</u>	<u>06</u>	<u>08</u>		
4) <u>Dolcontin 75mg</u>	<u>18</u>	<u>06</u>			
5) <u>Sipronex 2mg EV</u>	<u>18</u>	<u>06</u>	<u>08</u>		
6) <u>Clonazepam 1mg EV</u>					

EVOLUÇÃO MÉDICA

Atendimento realizado em 20/06/19

[Handwritten signature]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PL 107-253

Water sensitive bacteria in soil

AL 8.2

Chambers

LETO: 2002

CONVENIO SUR

DIAGNOSTIC:

DATA:

18/06/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

MEDICATIONS		HOURS			
1) Diclofenac		12	18	24	06
2) Paracetamol EV		12	18	24	06
3) Cefotaxime - 50g EV 8/12		12	18	24	06
4) Voltaren 75 - 50g EV 12/12		12	18	24	06
5) Difenhydramine 2cc EV b.i.d		12	18	24	06
6) Clonidine 9.8g EV		12	18	24	06

[Signature]

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRESENTE INTERNO P) CIPRIMA
 100 EX AMB

Dr. [Signature]

Produtor 953072	Condimento 2349017	Reserva/Guia AMBULATORIO
Paciente JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA (CPF: 1141744488)	Sexo M	Idade 25/12/2002
Endereço SERRA DE OZE MAZOS Bairro	Num. Complemento	Profissão
Nome da Mãe JANETE BARBOSA DE AQUAR	Cidade BARRA DE SÃO MIGUEL	UF PB
Responsável JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA	Endereço RUA	Num. 153
Bairro SANTA TEREZA	Cidade BARRA DE SÃO MIGUEL	Telefone 21950006
Médico Atendente 1718 LUCIANO GUEDES BORGES (CRM: 3451) (CPF: 43448821434)	Médico Acompanhante 1718 LUCIANO GUEDES BORGES (CRM: 3451) (CPF: 43448821434)	Cep 50190000
Procedimento	Cid	Origem
Sector 3009 SECRETARIA SUS	Convênio SUS	Origem
Acomodação ROTO - ENFERMARIA - LEITO	Data mín. para alta - 19/06/2019	Data máx. para alta - 19/06/2019
Atendente - SOCORRO		
Resumo de Tratamento		
Acompanhante	Sim	Não
Interação anterior	Sim	Não
Alta	Curado	Melhorado
Piorado	A pedido	Indisciplina
Transferido	Falecimento	Evasão
Clinica	Medica	Cirurgica
Obstétrica		
Diagnóstico:	Cid	
Interação	5420	
Definitivo	V.2.9.9	
Histórico:	0415030013	
ORTOSE PROTESE		
Alta - 1	Raio X:	UTI
Perm - 2	Simplex	Entrada
Transf - 3	C/Contraste	Saida
Obito - 4		
Motivo	Caract. Trat.	
Sangue	Rh	
19.06.19		



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: João Vinícius Barbosa da Silva

Encaminhado ao HRA

Paciente 47 anos, vítima de queda de moto, refere dor em região supra-clavicular esquerda. Apresenta abaulamento na região e limitação de movimento.

E/F: BEE, eufórico, corado hidratado,
G: 15, pupilas isocóricas e 116.

Rx: Fratura Clavícula (E).

Solicita avaliação do traumatologista!

Senh: 5705957 - HRA

Grato!

Data: 14.06.19

MÉDICO

Nome: _____	Rg: _____
Medicamentos: _____	
Data: ____/____/____	MÉDICO: _____

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

DATA DO ACIDENTE:

14/6/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

14/6/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

João Vinícius Barbosa Silva

LESÃO RESULTANTE DO ACIDENTE:

Fratura de clavícula (E)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento cirúrgico de clavícula (E)
Alta: 21/6/19

ALTA MÉDICA:

☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

☒ 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 (em ordem alfabética)

1. Membro superior direito: com perda de extensão e flexão
2. Membro superior esquerdo: com perda de extensão e flexão
3. Membro inferior direito: com perda de extensão e flexão
4. Membro inferior esquerdo: com perda de extensão e flexão
5. 75% braço

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO:

Victor C. Spim

Carimbo

7/7/19

DATA

Victor C. Spim
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23144

ASSINATURA E CARIMBO

EC-5

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE GOVERNO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO



POLEGAR DIREITO

João Camilino Barbosa da Silva

10.955.644

05/01/2019

<< JOÃO VINÍCIUS BARBOSA DA SILVA >>

<< CRISTIANO FERREIRA DA SILVA >>

<< JANETE BARBOSA DE AGUIAR >>

CARUARU - PE

25/12/2002

<< CN. 70.542 LA57 F. 146 CART.

2ª ZONA CARUARU-PE 06.05.2003 >>

114.174.444-93

[Handwritten signature]



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

114.174.444-95

Nome

JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Nascimento

25/12/2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



NOME

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

7175384 SDB PE

CPF

055.963.264-96

DATA NASCIMENTO

25/04/1984

FILIAÇÃO

JOACI CASSIANO DE AGUIAR

MARIA ESTELA BARBOSA D
E AGUIAR

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

B

Nº REGISTRO

06951283523

VALIDADE

13/01/2022

1ª HABILITAÇÃO

13/11/2017

OBSERVAÇÕES

Janete Barbosa de Aguiar

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO

10/12/2018

Charles Anderson Louca Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

01849351288

PE08966650

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1754448008

PROIBIDO PLASTIFICAR

1754448008

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200074797

Cidade: Toritama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 14/06/2019

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DO OMBRO DE 14 CM DE COMPRIMENTO, PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM OMBRO, ATROFIA EM REGIÃO SUPRA ESPINHAL ATÉ REGIÃO DELTOIDE DE MODERADA INTENSIDADE, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM USO DE PLACA 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 20/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060551/20

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

CPF: 114.174.444-95

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/06/2019

Titular do CPF: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANETE BARBOSA DE AGUIAR : 055.963.264-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA : 114.174.444-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/02/2020
Nome: JANETE BARBOSA DE AGUIAR
CPF: 055.963.264-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060551/20

Número do Sinistro: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

CPF: 114.174.444-95

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: JANETE BARBOSA DE AGUIAR
CPF: 055.963.264-96

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

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: **3200074797**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Josefa Maria de Jesus, 153 - Sta Tereza - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55195-193

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

Data e local do acidente: [**14/06/2019**] **SANTA CRUZ PE**

Data e local do exame: [**16/03/2020**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DO OMBRO DE 14 CM DE COMPRIMENTO, PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM OMBRO, ATROFIA EM REGIÃO SUPRA ESPINHAL ATÉ REGIÃO DELTOIDE DE MODERADA INTENSIDADE, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°.

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

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM USO DE PLACA 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 20/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRO-PE 24411
TÉCN. 14830

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB