
Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189513

Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189513

Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **GLAUBER LEMOS DOS ANJOS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **655**

Agência: **000000655**

Conta: **000006334484-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.478.154-30 4 - Nome completo da vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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

5 - Nome completo: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS 6 - CPF: 066.478.154-30
7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: RUA DA CONSTAÇÃO 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: URO PRATO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53370-191
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98354-8581

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 63344840
(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 necessário, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/netas? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, OLINDA 15/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DE PERNAMBUCO
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE Ocorrência N°. 2010319056387

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
18/05/2020 às 12:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/06/2019 às 09:40

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SENADOR NILO DE SOUZA COELHO, 00** - Bairro: **OURO PRETO** - Município:
OLINDA - Estado: **PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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

(VITIMA) - GLAUBER LEMOS DOS ANJOS; Sexo: **Masculino** ; Pai: **JOAO GUILHERME DOS ANJOS** ; Mãe: **MARIA IZABEL DE LEMOS** ; Data de Nascimento: **13/02/1986** ; Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** ;
Documentos: **6907632 (RG) , 066.478.154-30 (CPF)** ; Estado Civil: **NAO INFORMADO** ; Escolaridade: **NAO INFORMADO** ; Profissão: **MECANICO** ; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO** ; Telefone Celular: **(81)98354-8587** ;
Endereço Residencial : **RUA DA COSTELAÇÃO, 34; CASA; 53000-000; OURO PRETO; OLINDA; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(a) Sr(a): **GLAUBER LEMOS DOS ANJOS**
Categoria: **MOTOCICLETA** ; Marca do Objeto: **HONDA** ; Modelo do Objeto: **CG 125 KS** ; Número CRLV: **227740529** ; Placa: **KFT2459** ; Cor do Objeto: **PRETA** ;
Quantidade: **1 (UNIDADE)** ; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

SEGUIA NA AVENIDA SENADOR NILO DE SOUZA COELHO, NAS PROXIMIDADES DO BAR DA ACEROLA, E UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO FEZ UM RETORNO NA MINHA FRENTE, SEM FAZER NENHUMA SINALIZAÇÃO. DESTA FORMA NÃO PUDE FAZER NENHUMA MANOBRA PARA LIVRAR A COLISÃO, A COLISÃO FOI NA LATERAL DO CARRO. A MOTO FICOU DANIFICADA, QUEBROU A BENGALA, PAINEL, JANTE E ALGUMAS AVARIAS. A MOTO É DE PROPRIEDADE DE ADRIANO JOSE LIMA DA CONCEIÇÃO, E ESTAVA EM MINHA POSSE. DEIXO REGISTRADO ESSE FATO.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial. **ELAINE CRISTINA DA COSTA CAVALCANTI** - Matrícula: 319642-3

Delegacia pela Internet: A delegacia é serviço do cidadão.



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.478.154-30 4 - Nome completo da vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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

5 - Nome completo: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS 6 - CPF: 066.478.154-30
7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: RUA DA CONSTAÇÃO 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: URO PRATO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53370-191
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98354-8581

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM
AGÊNCIA: 0655 CONTA: 63344840
(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 necessário, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/netas? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, OLINDA 15/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006334484-0

Nr. da Autenticação 9094962E2511BDFB

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 - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CLEBER LEMOS DOS ANJOS

CPF 075 453.624-62

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CONSTELACAO 34

OURO PRETO/OLINDA
OLINDA PE
53370-191

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIA,
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
106672318	UNICA	05/05/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/05/2020	2013021526	2068003

CONTA CONTRATO

7014894807

MÊS/ANO

05/2020

DATA DE VENCIMENTO

12/05/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

02/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

118,91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Atendimento: 1479162
Data e Hora: 10/05/2019 10:32

Senha da Classificação:

0154

Paciente: 26053 GLAUBER LEMOS DOS ANJOS Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 13/02/1988 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA IZABEL DE LEMOS Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: CONSTELACAO - 34 Bairro: OURO PRETO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53370130 Usuário Atendimento: DAYANNELS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 86383064
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

ferimento PE ① após acidente de carro

Exame Físico

ferimento PE direito

RA

Hipótese Diagnóstica

fratura de 3º DD

Medicamentos

04000005-8

Prescrição Médica

Obet Zero
2 Dipirona 1g - 1ml + AD, EV, 6/6h.
3 Clotaprens 100mg - 1ml + AD, EV, 8/8h

ATENDIDO
FARMACIA

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HMA

Senha: 5+02097

Dr. Rodolfo da Silva Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
Carimbo/Médico



1479162

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/06/2019 10:27

Nome Paciente: LAUBILENE DOS ANJOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0154
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/06/2019 10:28 - 10/06/2019 10:29

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

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MID COM SANGRAMENTO ATIVO

Observação:

ALERGIA -
HAS -
DM -

Fl. grama sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 10/06/2019 10:29



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário
GLAUBER LEMOS DOS ANJOS	126473
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento
790000416455101	13/02/1986
9 - Sexo	10 - Raça/Cor
☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato
MARIA IZABEL DE LEMOS	8198882379
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
CLEBER	988823790
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
RUA DA CONSTELACAO, 34 - OURO PRETO	
16 - Município	17 - IBGE
INDA	260960
18 - UF	19 - CEP
PE	53370191

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PE DIREITO COM DOR NO MEMBRO, NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES EF LOTE AAA EUPNEICO NORMOCORADO MID: LESAO EM 3º PDD MSD: HEMATOMA EM ANTEBRAÇO

21 - Condições que justificam a internação

CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

ANAMNESE+ EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO

24 - CID 10 Principal

S922

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

040905041c

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	10/06/2019	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Biliete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH

261910218372-0

D. Fagner Athayde
Méd. Ortopedista
CRM 16853 - TEOT 12551

Código do Laudo: 481450

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/06/2019 13:08

Nome Paciente: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/02/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0021
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/06/2019 13:14 - 10/06/2019 13:18

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VEM POR MEIOS PROPRIOS, ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA COM RELATO DE COLISAO MOTO X MOTO NA PERIMETRAL SENTIDO PE 15 HA APROXIMADAMENTE 2 HORAS. COM QUEIXA DE DOR EM PE DIREITO 3º PDD E EDEMA EM BRAÇO DIREITO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 6
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUÊNCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

Fernanda Maria Rocha Botelho
Coren: 498644 - ENF

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/06/2019 13:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GLAUBER LEMOS DOS ANJOS** Prontuário: 126473
Idade: 33a 3m 26d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 13/02/1986
Profissão: Escolaridade: Telefone: 988823790 CEP 53370191
R.G.: 6907632 C.P.F.: 06647815430 , 34 - OURO PRETO - OLINDA - PE
Endereço: RUA DA CONSTELACAO
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 10/06/2019 14:25
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-01
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil: 14/06/19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11/06/19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Bom Anosios Curv
Diagnóstico Principal.....: Fratura de 3º dedo.
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: L + de + Rom com fio K.
Assinatura: João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEP 000000 CRM:
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Glauco Lemos

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 481450

Senha da Classificação:

0021

Data e Hora: 10/06/2019 13:23

Paciente: 126473 GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1986 Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA IZABEL DE LEMOS

Nome do Pai: JOA GULHERME DOS ANJOS

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DA CONSTELACAO

34

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2 HORAS COM
TRAUMA EM PE DIREITO. COM DO NO MEMBRO
ALGAS ALGUMAS CONTUSOES

Exame Físico

BOA AEA CUPULADO
MID: 165 cm 3: PDD + CORTE EM 70% - 100%
PE 26
ASD: GLEDA EM ANTERIOSSO.

Hipotese Diagnostico

FX EXPOSTA DE 3: PDD.

Prescrição Médica

SOLICITO: RX PEDIAP + P.
- DILONA 1000 mg
- INAMAL + 1000 mg
- CEFALOTINA 2g + ADK
SAT IM
VAT IM

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. L. Lacerda
CRM-PE 23590

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

Digitalizada com CamScanner

Aviso de Cirurgia : 57233
Paciente : 120473

Sala : 0004 SALA 04

Atendimento : 481460

Convênio Atend. : 1

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Carteira :

Leito : 554

SUS - INTERNACAO

Idade : 33 Anos

Dt. Início : 10/06/2019 15:50

VERD2-01

Dt. Fim : 10/06/2019 16:50

Cid Pré-Operatório : S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050470

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

Cirurgião

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 3ºPDD + FERIMENTO EXTENSO EM PÉ DIREITO

CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. ROMERO NERY

1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

ANESTESIA: LOCAL

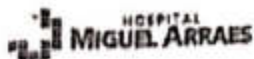
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTÉSIA LOCAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MID;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE PLANTAR DO ANTEPÉ DIREITO E ENTRE OS 5º, 4º E 3º RAIOS
4. DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXADA COM 01 FIO K 1,5MM INTRAMEDULAR
7. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM : 15570



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Oliver Long

Registro:

Clinica:

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

16/07/19

Fuor estab no 30/00

Pu b com m,

su juu outo.

No 7 - For K

Delat 15/1

Felipe Martins
Otorrinolaringologista
CRM: 14.368

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

NOME

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6907632 SSP PE

CPF
066.478.154-30

DATA NASCIMENTO
13/02/1986

FILIAÇÃO
JOAO GUILHERME DOS ANJOS
MARIA IZABEL DE LEMOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03388058659

VALIDADE
16/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
22/09/2004

OBSERVAÇÕES

Glauber Lemos dos Anjos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
18/09/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

45822561111
PE081571240

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1485266870

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485266870

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014803556012

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	227740529	*****	2019

NOME
ADRIANO JOSE LIMA DA CONCEICAO
OLINDA-PE 0

CPF / CNPJ	PLACA
045.024.374-50	KET2459

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	9C2JC4110AR051429

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA / CG 125 FAN K3	2010	2010

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2F / 124CL	PARTIC	PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
			3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	01/03/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BV FINANCEIRA 3A C F I

OLINDA	DATA
Roberto Carlos Moreira Fontella	26/03/19
DIRETOR PRES	EXPEDIDOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189513 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.
p 5/6/8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147458/20

Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

CPF: 066.478.154-30

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS : 066.478.154-30

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: 25/05/2020
Nome: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS
CPF: 066.478.154-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

MARIA ERICA ARAUJO COELHO