
Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705057

Vítima: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data do Acidente: 22/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sistema ou ACL:

3 - CPF da vítima:

013.782.694-03

4 - Nome completo da vítima:

FELIPE MATEUS BARRAL DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

FELIPE MATEUS BARRAL DA SILVA

6 - CPF:

013.782.694-03

7 - Profissão:

NENHUMA

8 - Endereço:

RUA JOAQUIM SIMÃO

9 - Número:

79

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ALTO DO JOAQUIM

12 - Cidade:

RINCHÃO DAS ALMAS

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55120-000

15 - E-mail:

NENHUMA

16 - Tel (DDD):

(81) 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:

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:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Conter para os bancos aliados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4752

CONTA:

14869

7

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 elevação 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 5.194/74), 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 de 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 nº 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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:

☐ Fallecidos:

30 - Vítima deixou ascendentes?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Fallecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 o pedido (a rgo):

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

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

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RINCHÃO DAS ALMAS (PE), 16/12/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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: 3190705057
Nome do(a) Examinado(a): Felipe Mateus Barros da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Simoa, 79
Alto do Jiquiri Riacho das Almas PE CEP: 55120-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10403782
Data local do acidente: [22/01/2018]
Data local do exame: [30/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E POSTERIOR CONVERSAO PARA FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: LESAO CONDRA/ARTICULAR
Data da Alta: 20/04/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 90 GRAUS), MARCHA PRESERVADA, SEM HIPOTRÓFIA DO MIE.
- 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:
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO JOELHO 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 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- 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. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 64ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001425

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/12/2019 às 15:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/1/2018 às 14:00

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 085, PRÓXIMO A ESTRADA DO SÍTIO ATALAIA, - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL.**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE);
ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (OUTRO);
F.M.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): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **F.M.B.D.S. (Menor de Idade)**

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

F.M.B.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA Pat: FÁBIO HELENO DA SILVA Data de Nascimento: 20/7/2000 Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10403702/SDSPE (RG) 01378269403 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **RUA JOAQUIM SIMOA, 79, CASA - CEP: 0 - Bairro: ALTO DO JUIQUIRI - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: **PEL4730 (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: 9C2KD0650ER532388**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012 Combustível: ALCO/GASOL**

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR OUTRO VEÍCULO DESCONHECIDO QUE TOMOU A CONTRAMÃO VINDO A COLIDIR NO VEÍCULO DA VÍTIMA E APÓS A COLISÃO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO À MESMA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULAR E LEVADA PARA O HOSPITAL EM RIACHO DAS ALMAS, NA OCASIÃO NÃO TINHA MÉDICO, A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA RECIFE-PE ONDE PASSOU POR CIRÚRGIA,

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

F.M.B.D.S. (Menor de idade)

(VÍTIMA)

Felipe matheus Borges da Silva

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - TP do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 013.782.694-03 4 - Nome completo da vítima: FELIPE MATEUS BONNOL DA SILVA

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

5 - Nome completo: FELIPE MATEUS BONNOL DA SILVA 6 - CPF: 013.782.694-03

7 - Profissão: NGWR 8 - Endereço: Rua Joaquim SIMOA 9 - Número: 79 10 - Complemento:

11 - Bairro: ALTO DO ASSAÍAS 12 - Cidade: RIOCHÃO DAS ALMAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55120-00

15 - E-mail: NGWR 16 - Tel (DDD): (81) 49304-6299

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:

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:

☒ RECLUSO 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 POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4752 CONTA: 34869 7 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 necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou 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 herdeiros (se houver)? ☐ 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

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, RIOCHÃO DAS ALMAS (PE), 16/12/19.

FELIPE MATEUS BONNOL DA SILVA

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000014869-7

Nr. da Autenticação F59E347AAD3E5484



© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Consulting Engineers & Planners
44, Jalan de Siqueira, 111 - Telok Ayer St. P.O. Box 1000
Singapore 108511. Tel: 875 0001/2 Fax: 234 0000/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1

RAFAEL DU LARRETE
DANIEL ANTONIO SERRA

ESTABELECIMENTO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
RUA JOAQUIM SILVA 79

CEE 084 893 404-25 143 14225905 14

ALTO DO JOURNINHO DAS ALMAS
RINCHO DAS ALMAS-PE
55260-000

CLASSIFICAÇÃO
DE REFERENCIAL
DA AFIRMAÇÃO

[illegible]

4010257145	10/2019
15/10/2019	08/11/2019
92.28	

[illegible][illegible][illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

© 2000 Blackwell Science Ltd
Journal of Internal Medicine 247: 395–402

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 534968

Prontuário: 1074925

Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data Nasc.: 26/07/2000

Idade: 19

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: RG: 10403752

CNS: 706408165898864

Endereço: RUA JOAQUIM SIMOA

Nº: 79

Bairro: CENTRO

Cidade: RIACHO DAS ALMAS

Estado: PE

CEP: 55120973

Fone: 81586977

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA

Acompanhante: MARINALVA CANDIDA DE ARRUDA BARROS(AVO)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: HOSP. DE RIACHO DAS ALMAS, SENHA 534912, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM QUEDA DE MOTO

SENHA: 5349312

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 22/01/2016 HORA: 17:31 N Médico:

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de acidente de moto no = 13ho, vindo do Hospital de Riacho das Almas. Perna esquerda!

História do Trauma

Perda da Consciência Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐
 Acidente de Trânsito Sim ☒ Não ☐ Tipo:
 Colisão Sim ☐ Não ☒ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
 Atropelamento Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:
 Vítima de Ferimento Sim ☒ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda Sim ☐ Não ☐ Altura: m
 Queimadura Sim ☐ Não ☒ Por: Transporte Realizado por:
 Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐ Por que:

Observações

região da mão no remito

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia Sim ☐ Não ☐ O paciente fala Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

R/O

B: Respiratório

S/Auscult

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm:

S/Auscult

D: Exames Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow Abertura Ocular: Glasgow Resposta Verbal: Glasgow Resposta Motora:
 Escore Hora: Escore Hora: Escore Hora:

15

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

2- Abdomen

Diagnóstico inicial

Exames Solicitados - 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados - 1 - Especializados

Resultado de Exames

Código Procedimento

Tratamento / Procedimentos

Ass. Médico - Carimbo

Código Procedimento

Indicação Cirúrgica - Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Ass. Médico - Carimbo

Ass. Enfermeira - Carimbo

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Goto ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadir-se

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Assist. Social

Confirmação do Endereço

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Assist. Social

Observações

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico CRM-CRO Data Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários

Data Nome completo legível

Nº da Identidade Assinatura

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir

Data Nome completo legível

Nº da Identidade Assinatura

Cadastramento: 29/11/2019 03:54 h JOSENEIDEAS Impressão: 29/11/2019 03:54 h JOSENEIDEAS

Médico



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	6908258
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	6908258

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário
FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA		1074925
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Data de Nascimento	Sexo
106405163288888	20/07/2006	MASCULINO
Nome de Mãe do Paciente		CNPJ
MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA		
Endereço (Rua, Nº)		Telefone
RUA ISAAQUIM SIMOA, 79		508181586577
Nome	Município de Residência	UF
CENTRO	RIOCH DAS RIMAS	PE
		CNP
		55120972

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

História Clínica / Exames Físicos	
Principais Manifestações e Prováveis Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados)	
Diagnóstico Inicial	CBO 10
Diagnóstico Secundário	CBO 10
Outros Atribuições	CBO 10

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento		
Responsável	Categoria de Atividade	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Doc. (CNS/CIP) Profissional Solicitante/Assistente		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIAS)

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ EMPREGADO	CNPJ da Seguradora	Nº do Bônus	Salas
☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	☐ EMPREGADOR			
☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	☐ AUTÔNOMO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBO
	☐ DESEMPREGADO			
	☐ APOSENTADO			
	☐ NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Código do Procedimento Autorizado	
CNES	CNPJ do Profissional Autorizador	Código do Órgão Emissor
CNP		E260000001
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Número de Registro no Conselho)	Nº da Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **PAULO MATEUS VARELA** Sobrenome: **BARROS DA SILVA** Data de Nascimento: **04/10/1971** Sexo: **MASCULINO** Estado Civil: **CASADO** Tipo de Documento: **RG** Número do Documento: **00000000000000000000**

ENDEREÇO

Rua: **AV. JOÃO DE DEUS** Número: **100** Bairro: **CENTRO** Cidade: **JOÃO DE DEUS** Estado: **BA** CEP: **45100-000**

PROCEDIMENTO

Procedimento: **04.10.001-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO**

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: **S21 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA**

Diagnóstico Secundário: **S28 - EXPOSIÇÃO A O**

CAUSAS

Causa Primária: **Q1 - Queda**

Causa Secundária: **Q2 - Queda**

DATA DE ADMISSÃO

Data de Admissão: **25/10/2018** Hora de Admissão: **12:00**

CLASSIFICAÇÃO

Classificação: **Q1 - Queda**

CAUSAS

Causa Primária: **Q1 - Queda**

Causa Secundária: **Q2 - Queda**

CAUSAS

Causa Primária: **Q1 - Queda**

Causa Secundária: **Q2 - Queda**

Lista	Procedimento	DOCUMENTO	CBO	CMS CNPJ	Apurar Valor p.	Qtd	Cargos	Descrição	Valor
1	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PULGAR	11000
2	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PULGAR	11000
3	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	PLACA EM T. 4.3 MM (PULGAR) PARAFUSOS	11000
4	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO BIVECTORIAL	11000
5	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO BIVECTORIAL	11000
6	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	RETENÇÃO DE FIXADOR EXTERNO	11000
7	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	RETENÇÃO DE FIXADOR EXTERNO	11000
8	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	DIÁGNOSE DE ACOMPANHANTE CRIANÇA ADOLESCENTE	11000
9	04.10.001-5	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000	1	000000	CONDUTA AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNO	11000

Lista	Nota Fiscal	CNPJ Fabricante	Valor	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
1	00000000	00000000000000000000	0000000000	0000000000	0000000000

VALORES DA PRESTA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Diária		Diária		Remessa		
	Proprio	Terceiro	Proprio	Terceiro	Proprio	Terceiro	
VALORES DE CONSULTAS E OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
VALORES DE CONSULTAS E OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL INTERMEDIARIO	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
VALORES DE CONSULTAS E OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL INFERIOR	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
VALORES DE OUTROS SERVICOS	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Total Diaria	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000

ID SECUNDÁRIO		Características		Descrição	
Nome	Valor	Ativo	Transf.	Outros	



034970

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° Admissão: 534970 N° AIL: _____
Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA Prontuário: 1074025
Data Nasc.: 20/07/2000 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDOS Religião: _____
CPF: _____ RG: 10403742 CNB: 706408165890884
Endereço: RUA JOAQUIM SIMÃO Nº: 70
Bairro: CENTRO Cidade: RECIFE DAS ALMAS Estado: PE
CEP: 51100-073 Fone: 81558077 Profissão: ESTUDANTE
Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA
Nome do Conjuge: _____
Nome: _____
Parentesco: _____ RG: _____ Fone: 81558077

2 - INTERNAR PARA
Clínica: CLÍNICA GERAL Prestador: 83
Unidade de Internação: Letor: CLTRAL 102-05
Diagnóstico Inicial
(Constante do Laudo Médico): Polipneumonia CID: J62.1
Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____
Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiista		
7.	Clínico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<u>441004001</u>
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE OXIGÊNIO	<u>440505001</u>
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL	<u>440506001</u>
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		<u>440507001</u>

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: C11.1 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Polipneumonia
42.492.1
441004001

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
MOTIVO DA ALTA
DATA DA INTERNAÇÃO: 25/01 DATA DA ALTA: 20 / 04 / 19 DIAS DE INTERNAÇÃO: _____
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



824179

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data Nasc.: 20/01/2000

Idade: 10

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPI:

RG: 10403782

CNS: 706408165080864

Endereço: RUA JOAQUIM SIMÃO

Bairro: CENTRO

Cidade: RIACHO DAS ALMAS

Nº: 79

CEP: 53120913

Fone: 81588977

Profissão: ESTUDANTE

Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA

Nome do Cônjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone: 81588977

2 - INTERNAR PARA

Clinica: CLÍNICA GERAL

Unidade de Internação:

Prestador: 53

Leito: CLTRAU 102-05

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

Fratura de humero direito

CID: S73.1

Procedimento Solicitado:

COD:

Procedimento Realizado:

CÓD:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Dentais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiologista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐ MACROSCÓPIC

☐ DIÁRIA DE UTI

☐ USO DE OXIGÊNIO

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID: S73.1

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Fratura de humero direito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

22

DATA DA INTERNAÇÃO: 22/01

DATA DA ALTA: 23/01/18

DIAS DE INTERNAÇÃO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	22/3/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
Filipe Mateus Barros da Silva			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Fratura de Placato Tibial (E)			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):			
Tratamento Cirúrgico de redução de Placato Tibial (E) At 29/3/18.			
ALTA MÉDICA:	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	☐ SIM	☒ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ 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	Período anterior ao acidente
2º	Período de internamento e externo
3º	Período de internamento e externo de
4º	membros, limitações e consolidação
5º	Vitória
6º	F 97 Grave

TEM QUE ASSINAR E OU AVALIAR A ÚLTIMA NO PERÍODO DE Novembro

8/30/19

ASSINATURA E CARIMBO

GOVERNAMENTO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

FELIPE MATEUS BARRON DA SILVA



CPF: 04407942-000 PE

RG: 011.762.894-03

20/07/2000

PABLO GLEBDO DA SILVA

MARIA GORETE DE ASSIS
MATEUS SILVA

FORMAÇÃO

GRUPO

SE

09034374827

24/01/2019

27/02/2019



Felipe Mateus Barron da Silva

CARDADO, PE

24/03/2019

04407942-000

011.762.894-03

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETANH - PE Nº 013222368227
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CDD RENOVAR - ANO - 2017
1 454068751 ***** 2017

MARIA DO CARMO ARAÚJO CHAVES

SELENIA DA MARIA-FR

613.828.884-72 REN9122

***** PE 942KD0558CR550034

***** ALICIA CASTRO

***** 2012 2017

25/149CL PARTIO VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

***** 2 ***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
SEGURO OBRIGATORIO DE VIOLENCIA TERRESTRE - TVH POR SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS - SEGURO DPVAT

PE Nº 013222368227 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA DO CARMO ARAÚJO CHAVES

53440-000

CASA SILEN DA MARIA-FR

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

www.seguradora lider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 05/03/17

613.828.884-72 REN9122

454068751 MARIA/MAR150 BR08 88

2012 09 942KD0558CR550034

PREMIO TARIFARIO

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

***** 2 *****

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.352.805/0001-01

SEGURO E SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
SEJA LIDO NO VERSO DO BILHETE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705057 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA **Data do acidente:** 22/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 90 GRAUS), MARCHA PRESERVADA, SEM HIPOTROFIA DO MIE.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO, MAS COM PROBABILIDADE AUMENTADA DE DEGENERAÇÃO ARTICULAR PRECOCE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um joelho	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-0456022/19

Vítima: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

CPF: 013.782.694-03

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 22/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA : 013.782.694-03

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: 17/12/2019
Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA
CPF: 013.782.694-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso