
Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246470

Vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIAO JOSE DA SILVA

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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246470

Vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAMIAO JOSE 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

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246470

Vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DAMIAO JOSE DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 08 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246470

Vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DAMIAO JOSE DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246470

Vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMIAO JOSE DA SILVA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **DAMIAO JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000003217-4**

Conta: **00000687627-7**

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



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

2 - Nº do sinistro ou AIL: 3 - CPF de vítima: 058.663.374-01 Nome completo da vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 460/2012

5 - Nome completo: DAMIAO JOSE DA SILVA 6 - CPF: 058.663.374-01

7 - Profissão: CARPINHEIRO 8 - Endereço: R. JOSE LEROS 9 - Número: 140 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: VITORIA DE SANTO ANTONIO 13 - Estado: PE 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - IM (CICR): 81906397736

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMANÇA (destinada para os bancos abertos. Atualize uma vez/ano)

☐ Banco do Brasil (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0026 CONTA: 69026 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito no estado) (Informe o dígito no estado) (Informe o dígito no estado) (Informe o dígito no estado)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA 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), sem 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 realize 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 de 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Gravidez Preconceito com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos/irmãs? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Vítima deixou pais/pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não atestada

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: VITORIA - PE, 02/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO 61ª Circunscrição
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0151002272**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2020** às **12:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **1/5/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1, RUA SAO GEOVANE, PROX AO COMERCIAL RIBEIRO, JOSE DE LEMOS** - Bairro: **CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
DAMIÃO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DAMIÃO JOSE DA SILVA

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

DAMIÃO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA NAIR DA CONCEIÇÃO Pai: **JOSE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **13/8/1982** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6871581/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81987876318**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 140, RUA SAO GEOVANE, JOSE DE LEMOS**
- **CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIÃO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAMIÃO JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLF9524** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC41209R037354**

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

2 - Nº do sinistro ou AIL: 3 - CPF de vítima: 058.663.374-01 Nome completo da vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 460/2012

5 - Nome completo: DAMIAO JOSE DA SILVA 6 - CPF: 058.663.374-01

7 - Profissão: CARPINHEIRO 8 - Endereço: R. JOSE LEROS 9 - Número: 140 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO 13 - Estado: PE 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - IM (CICR): 81906397736

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (destinada para os bancos abertos. Atualize uma vez/ano)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0026 CONTA: 69026 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito no estado) (Informe o dígito no estado) (Informe o dígito no estado) (Informe o dígito no estado)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA 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), sem 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 realize 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 de 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Gravidez Preconceito com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos(ões)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Vítima deixou pais(ões) vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não atestada

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: VITORIA - PE, 02/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03217-4

CONTA: 000000687627-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1409202005000000000023703217000000687627472500 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200246470 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P5 P6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @-P1 - CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 01/07/2020 ASSINADO PELO DR. JOÃO RICARDO PONTES PERRUCCI-CRM 7142-PE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
inscrito (a) no CPF/CNPJ 055382254 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
DAMIAO JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058663374 01
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DAMIAO JOSE DA SILVA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 058663374 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>PRACA DON LUIZ DE SAITO</u>	Número: <u>24</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>MATRIZ</u>	Cidade: <u>VITORIA DE SANTO ANTAO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55602-600</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 986397736</u>

Local e Data: Vitoria-PE, 02/07/2020

Renato Mangabeira dos Santos
Assinatura do Declarante


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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	01/05/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	01/05/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	DAMIÃO JOSE DA SILVA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	+ FRATURA TORÇÃO TALA ESQ MALLEOLO LATERAL (FRACTURA) + LESÃO LIGAMENTAR TLTZ ESQ		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	± Hto Cirurgico - Redução CRUENTA + OSTEOSÍNTESE PLACA + RINSERÇÃO MALLEOLO LATERAL + RECONSTRUÇÃO E REPARO DE LIGAMENTO TLTZ ESQ.		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Membro Inferior Esquerdo ± 60X
X	Impotência Funcional MIE
X	Rigidez Antraxial TLTZ ESQ
X	Edema Residual TLTZ ESQ
5º	
6º	

PERÍODO QUE ASSISTIU/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 01/05/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	DATA 01/05/2020	ASSINATURA E CARIMBO  João Ricardo Pontes Perruci CRM - 7142 Ortopedia/Traumatologia
--	--------------------	--



NOME
RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

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

CPF
055.382.254-37

DATA NASCIMENTO
08/02/1983

FILIAÇÃO
CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS
TANIA LUCIA MANGABEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03765010380

VALIDADE
17/12/2020

1ª HABILITAÇÃO
11/01/2006

OBSERVAÇÕES

A
EAR

Renato Mangabeira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
15/08/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

49158148510
PE087439301

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1679922622

PROIBIDO PLASTIFICAR

1679922622

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
FUNDAÇÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME

DAMIAO JOSE DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

6871581 BDM PE

CPI

858.643.374-01

DATA NASCIMENTO

13/08/1983

FUNÇÃO

JOSE MANOEL DA SILVA

REVERENDIA PARE DA

CONCEIÇÃO

PERMISSÃO

REC

OUT. HAB

30

Nº REGISTRO

03808003000

USUÁRIO

03711/8000

VALIDADEZ

15/06/2006

OBSERVAÇÕES

sem observações

Damiao Jose da Silva

LOCAL

VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

DATA EMISSÃO

37/11/2015

[Signature]

11660253173

22049159913

GETRAN - PE (PERNAMBUCO)

Modelo em vigor
B-13-1000-0000-0000

1217310629

Modelo em vigor
B-13-1000-0000-0000

1217310629

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: DAMIÃO JOSÉ DA SILVA,
inscrito no CPF sob nº: 058.663.374-01, portador do
documento de identidade de nº: 6.871.581,
residente e domiciliado a Lot. José de Lemos, 140,
Vitória de Santo Antão - PE

Natureza: INVALIDEZ

Data do Sinistro: 01 / 05 / 2020.

Outorgado: Renato Mangabeira dos Santos, inscrito no CPF sob nº: 055.382.254-37, portador da cédula de RG: 5.953.233 SDS-PE, residente e domiciliado na Praça D. Luiz de Brito, 24-A, Matriz, Vitória de Santo Antão-PE.

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

Vítima: DAMIÃO JOSÉ DA SILVA

CPF sob nº: 058.663.374-01

Vitória / PE, 02 de JULHO de 2020.

x Damião José da Silva

OUTORGANTE

(Reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192907/20

Vítima: DAMIAO JOSE DA SILVA

CPF: 058.663.374-01

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMIAO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

DAMIAO JOSE DA SILVA : 058.663.374-01

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: 10/07/2020
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

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:

058.663.374-01

4 - Nome completo da vítima:

DAMIAO JOSE 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:

DAMIAO JOSE DA SILVA

6 - CPF:

058.663.374-01

7 - Profissão:

CARPINTEIRO

8 - Endereço:

LO JOSE DE LOMOS

9 - Número:

140

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

VITORIA DE SANTO ANTAO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 986397736

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0626

CONTA: 69026

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 CIV)

☐ 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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:

Vitoria - PE, 22/02/2020.

Damiao Jose da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DP INFORMANDO QUE SOFRERA UM ACIDENTE NA DATA E LOCAL ACIMA DESCRITO; QUE AO PASSAR NO QUEBRA MOLA SE DESEQUILIBROU E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO ONDE FOI ATENDIDO Nº REGISTRO 129492.

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

Damião Jose da Silva
DAMIÃO JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROBSON ALEXANDRE DE LIMA** - Matrícula: **3873200**





Nome: DAMIAO JOSE DA SILVA

Nº registro: 129492

Dt. Nasc.: 13/08/82 - 37 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA NAIR DA CONCEICAO

Fone: 87876318

Endereço: JACY, nº 24, ALTO JOSE LEAL. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 01/05/2020 - 19:27

Nº pag.: 1/1

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO DE VITORIA DE SANTO ANTÃO, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR EM MIE + LACE EM PÉ E + LACERO EM 1º PDE, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

EXAME FÍSICO:

Pa: 130 X 80 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

NEGA VÔMITO.

NEGA SINCOPE.

Classificação de Risco:

NÃO URGENTE - VERDE

Encaminhado para:

CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

Especialidade:

CLÍNICA MÉDICA

COREN: 569985

Dra. MARLEIDE OLIVEIRA DE ANDRADE

Nome: DAMIAO JOSE DA SILVA**Dt. Nasc.:** 13/08/82 - 37 ano (s)**Mãe:** SEVERINA NAIR DA CONCEICAO**Nº registro:** 129492**Sexo:** Masculino**Fone:** 87876318**Endereço:** JACY, nº 24, ALTO JOSE LEAL. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE**Data/hora:** 01/05/2020 - 19:27**Setor:** Leito:**Nº pág.:** 1/1**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO****ANAMNESE:****Moto - S****ALERGIA: NEGA****QUEIXA PRINCIPAL:**

PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO DE VITORIA DE SANTO ANTÃO, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR EM MIE + LACE EM PÉ E + LACERO EM 1º PDE, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

EXAME FÍSICO:

Pa: 130 X 80 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:
NEGA VÔMITO.
NEGA SINCOPE.

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA

COREN: 569985
Dra. MARLEIDE OLIVEIRA DE ANDRADE

Nome: DAMIAO JOSE DA SILVA
Dt. Nasc.: 13/08/82 - 37 ano (s)
Mãe: SEVERINA NAIR DA CONCEICAO

Nº registro: 129492
Sexo: Masculino
Fone: 87876318

Endereço: JACY, nº 24, ALTO JOSE LEAL. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 01/05/2020 - 19:34
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO DE VITORIA DE SANTO ANTÃO, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR EM MIE + LACE EM PÉ E + LACERO EM 1º PDE, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

QUEDA DE MOTO HÁ 1 HORA. PACIENTE REFERE DOR EM MIE.

EXAME FÍSICO:

Pa: 130 X 80 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: 100 %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

T14 - TRAUMATISMO DE REGIÃO NÃO ESPECIFICADA DO CORPO| TRAUMATISMOS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DO CORPO (T00-T07)

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

CRM: 29756
Dr. TIAGO DOS ANJOS GOMES



Nome: DAMIAO JOSE DA SILVA

Dt. Nasc.: 13/08/82 - 37 ano (s)

Mãe: SEVERINA NAIR DA CONCEICAO

Nº registro: 129492

Sexo: Masculino

Fone: 87876318

Endereço: JACY, nº 24, ALTO JOSE LEAL. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 01/05/2020 - 21:31

Sector: Leito:

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 130 X 80 Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 HORAS. RELATA USO DE ALCOOL ANTES DE PILOTAR E ESTAVA DE CAPACETE.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

T12 - FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

CONDUTA

SOLICITO RAIO-X DE MIE

TRANSFERÊNCIA PARA REFERÊNCIA EM RECIFE (HOF)

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RAIO-X DE MIE COM EVIDÊNCIA DE FRATURA FECHADA EM FÍBULA ESQUERDA DISTAL

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Otávio de Freitas

Motivo: FRATURA FECHADA DE FÍBULA ESQUERDA

Senha: 5931497

CRM: 29756
Dr. TIAGO DOS ANJOS GOMES



Nome: DAMIAO JOSE DA SILVA (1629380)

Admissão: 342900

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Data: / /

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S82

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 04/05/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 07/05/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO ESQ

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;
- 4 - RETORNAR DIA ---21/05--- AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/05/2020 as 15:20

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 68132 CRM-PE 17606
SCT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



Nome: DAMIAO JOSE DA SILVA (1629380)

Admissão: 342900

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, DAMIAO JOSE DA SILVA é portador do diagnóstico:
<<FRATURA DO TORNOZELO ESQ>>.

CID: <<S82>>

Permaneceu internado do dia 04/05/2020 a 07/05/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 07/05/2020.

Ele será permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 08/05/2020.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

Dr. ALISSON F. F. VIEIRA
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 88116-01-PE 17606
SBOT 12614

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/05/2020 as 15:23

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:

Dr. ALISSON F. F. VIEIRA
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 88116-01-PE 17606
SBOT 12614