



Número: **0067445-03.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72062814	04/12/2020 11:38	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200342005

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WILTON FILIPE RODOLFO GOMES 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

Pag. 00991/00992 - carta_02 - INVALIDEZ

00030496



Carta nº 1617325





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200342005

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILTON FILIPE RODOLFO GOMES 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 000000874

Conta: 0000067103-5

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



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200342005](#)

Nome do(a) Examinado(a): [WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RUA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO, 55, , Olinda/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [Não Informado / Não Informado](#)

Data e local do acidente: [23/06/2020 - /PE](#)

Data e local do exame: [08/10/2020 - Recife/PE](#)

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[fratura luxação de lis franc a esquerda](#)

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

[tratado cirurgicamente com fixação da fratura, evoluindo com bloqueio articular. Fez fisioterapia, alta em 25/06/2020.](#)

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

[Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsosfalangeana aos 10°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[limitação de grau medio do pé esquerdo, com edema local, bloqueio articular.](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

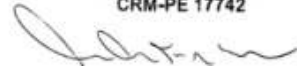


b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Pé Esquerdo - Médio - 50%

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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

122.553.254-03 WILTON FILIPE RODOLFO GOMES 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: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 122.553.254-03
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA CONSULHEIRO OLIVEIRA NETO 9 - Número: 55 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RIO DOCE 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.090-735
15 - E-mail: balbrinospe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel (DDD): (81) 3538-0069

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 ☒ R\$1.000,00 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: ITAÚ

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 nascido(v) nascido(v) ☐ 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 atestada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEG

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0116001109

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2020** às **16:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **23/6/2020** às **21:45**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DO CONTORNO, 1 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53140-080**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO (AUTOR \ AGENTE)
OZANA MARIA DOS SANTOS (OUTRO)
WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

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

JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IRENE FARIAS DA SILVA Pai: SEBASTIAO RIBEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 11/8/1972 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3812085/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3°. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 081987351660

Endereço Residencial: **RUA ESCRITOR RAMOS DE ALMEIDA, 333, APT 104-BLOCO 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: INEZ KAREIO DO CARMO GOMES Pai: BRUNO RODOLFO DA SILVA Data de Nascimento: 15/4/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9755292/SDS/PE (RG) Escolaridade: 2°. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 081988276038

Endereço Residencial: **RUA SESSENTA E SEIS, 25 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL**

OZANA MARIA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



CARRO DE PLACA PGS7609 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NISSAN/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA DE PLACA QYD6868 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **OZANA MARIA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO INFORMANDO QUE NO DIA DE 23 DE JUNHO DO CORRENTE ANO POR VOLTA DAS 21 HORAS E 45 MINUTOS, QUANDO ESTAVA TRANSITANDO NA VIA DO CONTORNO EM JARDIM ATLÂNTICO PRÓXIMO AO COLÉGIO REAL COM O SEU CARRO DE PLACA PGS7609 COLIDIU COM UMA MOTOCICLETA DE PLACA QYD6868 PILOTADA POR WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA. QUE DESSE ACIDENTE A PESSOA DE WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA A UPA-OLINDA, ONDE TEVE SEU ATENDIMENTO REGISTRADO NO NUMERO 1625667. QUE POSTERIORMENTE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES ONDE TEVE O ATENDIMENTO REGISTRADO COM O NUMERO 529636 . QUE DESSE ACIDENTE A PESSOA DE WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA TEVE UMA LESÃO NO PÉ ESQUERDO. POR ESSA RAZÃO VIERAM WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA E A SENHORA JANAINA RIBEIRO(CONDUTORA DO VEICULO QUE OCASIONOU O ACIDENTE) REGISTRAR ESSE BOE.

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

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **TIAGO LOURENÇO DA CUNHA** - Matrícula: **3875300**
(Liberado em **13/08/2020 às 17:06**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

122.553.254-03 WILTON FILIPE RODOLFO GOMES 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: 6 - CPF:

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA 122.553.254-03

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

MOFBOY RUA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO 55 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

RIO DOCE OLINDA PE 53.090-735

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

balbrinospe@hotmail.com (81) 999441109 (81) 3538-0069

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: ITAÚ

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do dolo da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido(viúvor)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00874

CONTA: 000000067103-5

Autenticação:

CBF1C8D2E64F2EFF972DCDEB3ACE77911B0A2B95C5BFD75757D996F34FD0B1F0



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.835.933/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0008943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
Ouvidoria 0800
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

INEZ KARINE DO CARMO GOMES

CPF: 058.065.384-16 NIS: 18289232995

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CNS DE OLIVEIRA NETO 55

RIO DOCEOLINDA
53090-735 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL
414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se
encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de
atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
08/07/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
10,36DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
23/06/2020DATA DA APRESENTAÇÃO
01/07/2020NÚMERO DA NOTA FISCAL
113707593CONTA CONTRATO
007030847240Nº DO CLIENTE
201505916Nº DA INSTALAÇÃO
0002096499

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

065D.6627.E0C4.0EFD.A8B2.D1F1.EDF5.FF72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	33,85	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	33,85	0,00000001	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,36
TOTAL DA FATURA			10,36

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00

IN ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Real	Valor
8906/20	0107/20	13,44

Esta declaração NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89, § 9º da Lei 10.438/2002. Podem ocorrer ações de cobrança, sem que isso implique em restrição de crédito DFC e SINAL.

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,00000001
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo	Valor	Unidade
JUN 20	0,00000003	kWh
MAY 20	0,00000002	kWh
ABR 20	0,00000001	kWh
MAR 20	0,00000003	kWh
FEV 20	0,00000002	kWh
JAN 20	0,00000001	kWh
DEZ 19	0,00000003	kWh
NOV 19	0,00000002	kWh
OUT 19	0,00000001	kWh
SET 19	0,00000003	kWh
AGO 19	0,00000002	kWh
JUL 19	0,00000001	kWh
JUN 19	0,00000003	kWh
TOTAL	0,00	100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Cabo)	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00089430318384301	CAT	25/06/2020 1.825,00	23/06/2020 1.949,00	29	1,00000	0,00	124,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 24/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONDIÇÃO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM
abr/2020				
OD-No.de horas sem energia	RD DOCE	0,00	4,35	9,91
PD-No.de vezes sem energia		0,00	3,17	6,35
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	6,94
DCR-Duração de interrupção em série				Limite DCR: 12,22
RUBD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 8,80				
Toda Consumidor pode solicitar a aplicação das indicações DO, PD, DMC e DCR a quem				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 77,74.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

26/06/2020 18:20





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELETICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0008943-03 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 654.647.684-00

TINDOABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53520-170CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Trifásico

PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO: 07/08/2020

PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO: 07/08/2020

7008425854	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	14/08/2020
DATA DE VENCIMENTO	08/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	783,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) - TUSD	664.000000	0.46922198	259,06
Consumo Ativo (kWh) - TE	664.000000	0.26471613	202,05
Contr. Sum. Pública Municipal			74,30
ICMS Subvenção CDE-RF 111237031-05/08/20			4,17
Parcela 2/10 Plano 405003406163			216,99
Multa por atraso NF 115143170 - 08/07/20			4,37
Multa por atraso NF 115143170 - 07/07/20			9,86
Juros por atraso NF 115143170 - 08/07/20			3,27
Atualização IGP-M NF 115143170 - 08/07/20			6,75
TOTAL DA FATURA			783,53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
00000000	FUNÇÃO	07/08/2020	07/08/2020	07/08/2020	07/08/2020	07/08/2020	07/08/2020
313229870	CNT	14.844,00	14.703,00	31	1.00000	1.00000	594,00
							189,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DO CONSUMO
AGO 20 584		Transmissão R\$ 18,30 4,33%
JUL 20 614		Distribuição (CELPE) R\$ 103,86 23,48%
JUN 20 636		Perdas de Energia R\$ 33,36 7,32%
MAY 20 749		Energia Setorial R\$ 30,01 4,30%
ABR 20 803		Iluminação R\$ 143,81 31,13%
MAR 20 909		Total R\$ 482,88 100%
FEV 20 981		
JAN 20 727		
DEZ 19 842		
NOV 19 653		
OCT 19 616		
SET 19 446		
AGO 19 446		

Agua no momento de emissão desta nota fiscal encontra-se em situação regular. Não há pendências de pagamento de água no momento de emissão desta nota fiscal.



DURAÇÃO E PRECIPITAÇÃO INTERMEDIÁRIAS				NÍVEL DE TEMPERATURA			
PERÍODO	QUANTIDADE	PERCENTUAL	VALOR	PERÍODO	QUANTIDADE	PERCENTUAL	VALOR
DIU	0,00	0,00	0,00	DIU	0,00	0,00	0,00
PIU	0,00	0,00	0,00	PIU	0,00	0,00	0,00
DMU	0,00	0,00	0,00	DMU	0,00	0,00	0,00

CÓDIGO 0025066	ME 08/2020	DATA 14/08/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	783,53
BANCO DO BRASIL S/A PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA				
00190.00009 03217 476015 12133 345178 2 83470000078353				
PAGADOR (CPF / CNPJ) / ENDEREÇO 684.647.684-00				
ROSSANA LIGIA DANTAS TAVARES				
AV. JOAQUIM NABUCO 200 - A.A.				
53520-170 ABREU E LIMA PE				
NUMERO	Nº DO DOCUMENTO	CONTA / CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO
32174750112133345	509901754	7008423854	14/08/2020	783,53
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO CNPJ 10.835.932/0001-08				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.553.254-03, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.553.254-03, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Assinatura e data: 22 de Setembro de 2020.
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/06/2020 23:24

Nome Paciente:	WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	15/04/2000
Sexo:	Masculino
Idade:	20 anos
Senha:	0136
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 23/06/2020 23:25 - 23/06/2020 23:26

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Gor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAUMA EM MIE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
TRAZIDO PELOS BOMBEIROS

Observação: ALERGIA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/06/2020 23:26

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1625667

Senha da Classificação:

0136

Data e Hora: 23/06/2020 23:29

Paciente: 536624 WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA
Nome Social: Etnia:
Data do Nascimento: 15/04/2000 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: INEZ KAREIO DO CARMO GOMES Nome do Pai: BRUNO RODOLFO DA SILVA
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SEXTENTA E SEIS 25 Bairro: RIO DOCE
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53080710 Usuário Atendimento: DEBORATMFS
RG (Identidade): 9755292 SDS/PE Data de Emissão: 09/07/2019
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 12255325403 Fone: 85127196
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora: 2328

Queixa Principal

DOR PE (C) no t
40 minutos

Exame Físico

Consciente orientado 8/8
Foco de atenção 10/10
DOR PE (C) (030 060 100)

Hipótese Diagnóstico

Fratura de osso da perna direita
Indiv. com dor

Conduta Terapêutica

Rx + Dorso Bordo (C)

Prescrição Médica

Dorsal 10mg - 5mg - 02mg EV
Diet 100%

EDUARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE 8208
IDT: 076282219 MD

Destino:) Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

114A

5962083

Para:

Senha:

EDUARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE 8208
IDT: 076282219 MD

Carimbo/Médico



1625667

MOBILIZAÇÃO





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 08 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento nº1625667, onde se lê o nome do paciente WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SIL, leia-se **WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA**. Informamos que o que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do CNH: 07291486160.

Atenciosamente,


UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

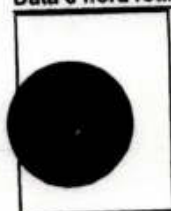
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
UPA OLINDA
RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE
FONE: 3184-4303



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDT

Data e hora retirada da senha: 24/06/2020 08:41



Nome Paciente: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/04/2000
Sexo: Masculino
Idade: 20 anos
Senha: 0017
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Ortop

Período: 24/06/2020 09:32 - 24/06/2020 09:39

KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

VINDA DA UPA DE OLINDA
5962083
ACIDENTE DE MOTO HÁ 12 HORAS
REFERE DOR EM MIE

Medicamento(s):

NÃO FAZ USO

Observação:

NEGA DM, HAS
ALERGICO A DIPIRONA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 145.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 74.00 MMHG
- PESO: 70.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

Carimbo de Karina de Oliveira

Acolhido(a) por: KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/06/2020 09:39

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 529628

Data e Hora: 24/06/2020 09:47

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 137413 WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 15/04/2000 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: INEZ KAREIO DO CARMO GOMES Nome do Pai: BRUNO RODOLFO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA SESENTA E SEIS 25 Bairro: RIO DOCE
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Prontidão em um local de trabalho
na noite anterior ao momento em que
ocorreu. Comorbidades

Exame Físico

sem alterações orientadas
muc. rev.

Hipótese Diagnóstico

Fratura cominada

Prescrição Médica

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM 28414

intensa dor
na região
do braço
Dr. Robson Diniz
Médico
CRM 28414

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:





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	
WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA		137413	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
70520747 9502771	15/04/2000	X 1	03 - Parda
11 - Nome da Mãe		12 - Telefone de Contato	
INEZ KAREIO DO CARMO GOMES		8198512749	
13 - Nome Responsável		14 - Telefone de Contato	
LAIS			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA SESSENTA E SEIS, 25 - RIO DOCE			
16 - Município		17 - IBGE	18 - UF
OLINDA		260960	PE
		19 - CEP	53080710

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
PACIENTE ENCAMINHADO DA UOA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO NA NOITE ANTERIOR, COM TRAUMA NO PE ESQUERDO. ALERGIA A DIFERENTES COMBIDIDADES.	
CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO	
SEM DOR A MOBILIZAÇÃO, NV+	
21 - Condições que justificam a Internação	
TRATAMENTO CIRÚRGICO	
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
ANAMNESE+EXAME FÍSICO	
23 - Diagnóstico Inicial / Código	
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário
S923	7090
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento
CIRÚRGICA	2
31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
(X) CNS () CPF	980016297085256
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	
ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ	
34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
24/06/2020	19797
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Típico
38 - () Acid. Trabalho Trajetado	39 - CNPJ Seguradora
	40 - Nº Bilhete
	41 - Série
	42 - CNPJ / Empresa
	43 - CNAE / Empresa
	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência	
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	
46 - Nome do Profissional Autorizador	
47 - Cód. Órgão Emissor	
E260000001	
48 - Documento	
() CNS () CPF	
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
262010249890	

Código do Laudo: 529628



Aviso de Cirurgia : 65357
Paciente : 137413
Convênio Atend. : 1
Leito : 703
Dt. Início : 24/06/2020 16:35
Cid Pré-Operatório : S927
Cid Pós-Operatório :
Sala : 0001 SALA 01
WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-27
Dt. Fim : 24/06/2020 19:00
FRATURAS MULTIPLAS DO PE
Atendimento : 529636
Carteira :
Idade : 20 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050691

Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIAN-
INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
ANESTESISTA 22800 THIAGO CID PALMEIRA CAVALCANTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC A ESQUERDA
CIRURGIA: RAFI EM PONTE DO NAVICULAR AOS 1 E 2 MTTs + FIXACAO EXTERNA NA COLUNA MEDIAL

AUXILIO: ROBSON DINIZ MR
ANESTESISTA: THIAGO CID
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE,

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. INFLAÇÃO DO DORSO DO PÉ ESQUERDO ENTRE 1º E 2º RAIOSS.

5. REMOÇÃO + DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DE LUXACAO DORSAL DO CUNEIFORME MEDIAL E INTERMÉDIO

6. OBSERVADO FRATURA COMINUTA DO CUNEIFORME MEDIAL E INTERMÉDIO COM POSTERIOR RESSECÇÃO DOS FRAGMENTOS MENORES E SOLTOS

7. DISTRAÇÃO PARA OBTEN COMPRIMENTO DA COLUNA MEDIAL + FIXACAO EXTERNA COM 01 PINO DE SCHANZ NO NAVICULAR E OUTRO NA BASE DO 1º MTT

8. REDUÇÃO + FIXACAO EXTERNA COM 01 PINO DE SCHANZ NA COLUNA MEDIAL E OUTRA DO NAVICULAR

9. FIXACAO EXTERNA COM 01 PINO DE SCHANZ NA COLUNA MEDIAL E OUTRA DO NAVICULAR

10. CURATIVO ESTÉRIL + OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

11. CURATIVO ESTÉRIL + OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

12. A SRPA

Ortese e Prótese:

04 FIOS DE KIRSCHNER 1.5 MM
02 PLACAS DE RECONSTRUCAO 2.0 MM (08 E 10 FUROS)
08 PARAFUSOS CORTICAIS 8.0 MM
02 PINOS DE SCHANZ 4.0 MM + 02 CONECTORES PINO-BARRA + 01 BARRA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Guilherme Borja Anselmo
Médico
CRM-PE 27.749

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: WILTON FELIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

NOME SOCIAL:

IDADE: 20 SEXO: MASC

DATA DA ADMISSÃO: 24-04-20

DATA NASC.: 15/4/2000

REG: 137413

DATA DA ALTA: 25/6/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA - LUXAÇÃO DE LISFRANC A ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- RAFI EM PONTE DO NAVICULAR AOS 1 E 2 MTTs + FIXAÇÃO EXTERNA NA COLUNA MEDIAL

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM PISAR COM O MEMBRO OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA; SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Victor Cos
MÉDICO
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20727

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 529636

Usuário: ALESSANDRAPSF

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA**

Idade: 20a 2m 9d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Escolaridade:

R.G.: 9755292

C.P.F.: 12255325403

Telefone:

CEP 53080710

Endereço: RUA SESSENTA E SEIS

, 25 - RIO DOCE

- OLINDA - PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 24/06/2020 12:22

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERDE2-27

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Cidade:

Estado civil:

Telefone:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 25/06/2020

Hora da Alta: 08:15

Motivo: ☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta:

Estável

Diagnóstico Principal.....:

Fratura de tíbia e fíbula esquerda

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Observação.....:

Victor Costa
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28789
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

DATA DE NASC.: 15/04/2000

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 137413

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
24/06/2020	ADMISSÃO
11:36	
	QPD/HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DA UOA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO NOITE ANTERIOR, COM TRAUMA NO PE ESQUERDO. ALERGIA A DIPIRONA. NEGA COMOBIDADE
	ANTECEDENTES PESSOAIS: ALERGIA A DIPIRONA
	MEDICAÇÕES DE USO: NEGA
	EXAME FÍSICO: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO MIE: EDEMA DE PE, DOR A MOBILIZAÇÃO, NV+
	EXAMES DE IMAGEM:
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA LISFRANC ESQUERDA
	CONDUTA: INTERNAMENTO; AO BLOCO
	Dr. Rubson Diniz Médico CRM/PE 29414
24/06/2020 15:10	#101# Paciente submetido a procedimento cirúrgico em MENUSCULOS #CD: A SM
	Guilherme Borba Azeiteiro Médico CRM/PE 27.749
25/06/20	H-POLH EGR, LOTE, EUPNEICO, afebril. MIE: fenda limpa, sem saída de sangue na região da fratura de Lisfranc Paciente recebe alta com curativos Victor Costa Médico Ortopedia / Traumatologia CRM/PE 28789





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Wilton Filipe

Registro:

137413

Clínica:

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

09/07/2020 #207

vd: PO (24/06/2020) de 10h às 12h (fixador externo)

Plantão de 10h às 12h

Rx: 100mg de 10h às 12h
ca ① 100mg 10h às 12h
② 100mg

Dr. Juliana Machado
CRMPE 15347-1/2017
Otorrinolaringologista

Milton Felipe Rodolfo

HMA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 59620
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>WILSON FELIPE RODOLFO</u>	Idade: <u>20</u>
Sexo: M ☒ F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: <u>Olinda</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
HISTÓRIA CLÍNICA	
História Clínica Atual: <u>20h de dor no abdômen inferior esquerdo</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Infarto do miocárdio</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () B.R.N.: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100

HGT: 109

PA: 160 x 76

SA: 99 %

RA: 116



EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ☒ Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas ☒ Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada ☒ Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S ☒ N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Intubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S ☒ N () Analgesia: S ☒ N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Cirúrgico

5962083

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____ Hora: 07:11
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ☒

Onus 23062020
Local e data

LEONARDO de Oliveira Mello
Coronel Médico
CREMEPE 23062020
Médico
ID: 61649130





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDADEM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1827226437

PROIBIDO PLASTIFICAR
1827226437

NOME
WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9755292 SDS PE

CPF
122.553.254-03

DATA NASCIMENTO
15/04/2000

FILIAÇÃO
BRUNO RODOLFO DA SILVA
INEZ KAREIO DO CARMO GOMES

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
00000000

CAT. HAB.
2B

Nº REGISTRO
07291486160

VALIDADE
08/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
09/07/2019

OBSERVAÇÕES
EAR

FILIPE RODOLFO G. DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
09/07/2019

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

65680658684
PR086992139

PERNAMBUCO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014667989960

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1214247820	*****	2019

NOME
OZANA MARIA DOS SANTOS

OLINDA-PE

CPF/CNPJ
235.677.594-94

PLACA
QYD6868

PLACA ANT/UF

CHASSI
9C2JB0100KR356536

ESPÉCIE TIPO
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POP 110I

ANO FAB. ANO MOD.
2019 2019

CAP/POT/CIL
2P/109CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC./COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	26/11/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BV FINANCEIRA SA C F I

LOCAL
Roberto Carlos Moreira Fontelles

OLINDA-PE

DATA
28/11/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DE LICENCIAMENTO DETRAN/PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269844/20

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

CPF: 122.553.254-03

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA : 122.553.254-03

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: 23/09/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: MOTOBOY
Identidade: 9.755.282-SDS/PE CPF: 122.553.254-03
Endereço: RUA CONSELHEIRO DE OLIVEIRA NETO, nº 55,
RIO DOCE, OLINDA-PE, CEP: 53.080-735

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 23/06/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e Lima/PE 22/08/2020
Local e data

x Wilton Filipe Rodolfo Gomes da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269844/20

Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

CPF: 122.553.254-03

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA : 122.553.254-03

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: 23/09/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200342005 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILTON FILIPE RODOLFO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação de lis franc a esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsal-falangeana aos 10°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericrânio possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fixação da fratura, evoluindo com bloqueio articular. Fez fisioterapia

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/10/2020

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

