



Número: **0062803-84.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca Vitória Santo Antão**

Última distribuição : **16/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE MARQUES DA SILVA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72476 785	14/12/2020 14:01	<u>ANEXO 1</u>	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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200029783 Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARQUES 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, contados 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

Carta n° 15394653



PAG 00301/00302 - CARTA 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Núm. 72476785 - Pág. 1



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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200029783 Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a) JOSE MARQUES DA SILVA

Informações que o passageiro da

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE MARQUES DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000626

Conta: 0000049974-4

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidizade 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

Atmospheric

Semana do Vídeo DVMAT

www.vivacenter.com





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

1044.186.404-01

4 - Nome completo da vítima:

JOSE MARQUES 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:

JOSE MARQUES DA SILVA

6 - CPF:

044.186.404-01

7 - Profissão:

RECLUSA

8 - Endereço:

BC DO RANCHO

9 - Número:

19

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

MATRIZ

11 - Cidade:

VITORIA DE SANTO ANTONIO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.600.000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 98552-9424

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 comprovação anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Soriente 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: 49974

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da 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 8.114/90, artº 1º, inciso VI, 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 automotor, conforme o disposto na LPL 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (na nasc.)?

 Sim Não

31 - Vítima teve imóveis?

 Sim Não

32 - Se tinha imóveis, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

NÃO AUTORIZADO

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

40 - Local e Data:

Assinatura da testemunha

Recife, 11 de Januari de 2020
José Marques da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
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. 19E0151004937

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/09/2019** às **16:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **11/8/2019** às **00:04**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1, AVENIDA HENRIQUE DE HOLANDA - CRUZAMENTO EM FRETE AO POSTO LINDA** - Bairro: **CENTRO** - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **SUBIDA DO ALTO JOSE LEAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
JOSE MARQUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO

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

JOSE MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRENE JULIA DA SILVA** Pai: **MANOEL MARQUES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/1/1981** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6627696/SDS/PE (RG) 04418640401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GESSEIRO** Telefones Celulares:

- 985885813
- 983037752

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 460, RUA HENRIQUE DIAS - MANGUEIRA - 460B - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO RESTAURENTE PÉ DE PORCO (MARIA)**

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO - 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)

POP 100 (PRETA COM PARACHOCHE AZUL) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

YAMAHA / YS 150 FAZER ED (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARQUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARQUES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 150 ED** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PDA6581** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Renavam: **106856270** Chassi: **9C6KG0660F0048446**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **RENAVAN: 1068562703**

Complemento / Observação

ESTEVE NESTA DEPOL O SENHOR JOSE MARQUES DA SILVA INFORMANDO QUE NO DIA 11/08/2019 POR VOLTA DAS 00H SOFREU UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, OCASIÃO EM QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA YAMAHA FAZER PLACA PDA6581 NA AVENIDA MARIANA AMALIA NO CRUZAMENTO EM FRENTE AO POSTO POSTO LINDA (QUE DEVIDO AO HORÁRIO ESTAVA O LARANJA INTERMITENTE) QUANDO O NOTIANTE EFETUOU A CONVERSÃO A DIREITA SENTIDO ALTGO JOSÉ LEAL FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE NÃO TENDO COMO A VITIMA EVITAR A COLISÃO; QUE APÓS A COLISÃO POPULARES ACIONARAM O SAMU QUE ATENDEU O NOTIANTE E O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA QUE DEU CAUSA AO ACIDENTE; QUE O NOTIANTE FOI LEVADO PELO SAMU PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA (VIDE DECLARAÇÃO SAMU OCORRÊNCIA Nº 665661); QUE NAQUELA HOSPITAL A VITIMA RECEBEU ATENDIMENTO E DEVIDO A NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS (CONFORME REGISTRO Nº 753733 - GUIA DE TRANSFERÊNCIA SENHA Nº 5746300 - HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA - MÉDICO RESPONSÁVEL DR. ERDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO); QUE TENDO CHEGADO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS FICOU INTERNADO DO DIA 11/08/2019 ATÉ O DIA 19/08/2019 ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO E ESTÁ AINDA EM TRATAMENTO CONFORME PRONTUÁRIO Nº 1127598; ESCALARECENDO QUE O NOTIANTE SABE INFORMAR APENAS QUE O OUTRO ENCOLVIDO NO ACIDENTE FOI TAMBÉM SOCORRIDO PELO SAMU MAS NÃO SABE INFORMAR SEUS DADOS NEM A PLACA DE SEU VEICULO.

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

Lhas fiquei no meu local de deslocação
JOSE MARQUES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ARTHUR LUIZ BARROS DA SILVA** - Matrícula: **221268-4**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

1044.186.404-01

4 - Nome completo da vítima:

JOSE MARQUES 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:

JOSE MARQUES DA SILVA

5 - CPF:

044.186.404-01

7 - Profissão:

REUNSA

8 - Endereço:

BC DO RANCHO

9 - Número:

79

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

MATRIZ

11 - Cidade:

VITORIA DE SANTO ANTÃO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55-600-000

15 - Telefone (DDD):

(81) 98552-9424

16 - E-mail:

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausinale uma opção) Bradesco (297) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0626

CONTA:

499 74

ACÉSSO:

SAC/TELE

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 (caso não possua, informar 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

mae/cro (mãe/cro)?

 Sim Não

31 - Vítima tem irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de falecimento, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa 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.

NÃO AUTORIZADO

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):

40 - Local e Data:

Recife, 17 de Janeiro de 2020
2020 mês de Janeiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPP-001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



PREFEITURA MUNICIPAL DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, consta em nossos registros que José Marques da Silva, FILIAÇÃO Manoel Marques da Silva e Irene Julia da Silva, Masculino, 38 anos, Identidade Nº 6.627.696, SDS-PE, CPF N° 044.186.404-01, residente 2º Travessa Primitivo de Miranda, Nº 12, Matriz, Vitoria de Santo Antão- PE.

Foi socorrido pelo SAMU Vitoria de Santo Antão, no dia 11 de Setembro de 2019 às 00:04hs.
Ocorrência 665661 .

Observação: Transcrição, na íntegra, do item "Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida ", anotadas na ficha de atendimento.

Paciente vítima de acidente automobilístico (Colisão moto x moto) realizado protocolo de trauma e removido para o HJMO.

EM TEMPO CONFIRMO A VERACIDADE DESTE DOCUMENTO, TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTAM EM NOSSOS REGISTROS,

Vitoria de Santo Antão – PE

Em 10 de Setembro de 2019

Dijaneide Alvares Ferreira
Coordenação SAMU
Mat. 2813-2

Dijaneide Alvares Ferreira

Coordenação SAMU

SAMU Vitoria de Santo Antão

Rodovia PE 45 Km 02-Lídia Queiroz,Nº59,CEP 55600-999 - Vitoria de Santo Antao – Pe
Email samuvitoria192@outlook.com



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARQUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000049974-4

Nr. da Autenticação A75D5DA8E8B17E92



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 9



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 16/04/2002
- Fatura - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPARTILHAR | IMPRIMIR | EXCLUIR | REVISAR | CADASTRAR | CONSULTAR | RELATÓRIO | Sair

COMPRA DE ENERGIA ELÉTRICA

Av. João de Barros, 111, Bairro Vila Rica - PE. CEP 50030-002
CNPJ: 10.835.202/0011-06 | Inscrição Estadual: 0000543-83 | www.eletro.com.br

Dúvidas da etimologia

www.dg.com.hk

CITE-851-2020-02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

$$P(\theta) = \frac{1}{\pi} \int_{-\infty}^{\infty} \delta(\theta - \theta_i) d\theta_i$$

CH 180000-001

DATA COMPRA 1835682010 DATA VENCIMENTO 08/2019
DATA DE VENDIMENTO 15/08/2019 DATA PRÉ-VENDIMENTO 09/09/2019

32.13

*Deutsche Schriftsteller
zu den fünfzigsten
Jahrestagen der
Republik am 10. November 1955*

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VOLUME (m³)
90 (CORRENTE)	65.000,00	11,19
		0,34
		0,22
		0,86
		2,47
		0,29
		0,60

卷之三

- 18 -

Demonstrativo de Consumo Desta Nota Fiscal

	BRUTTO DIAZOL	=	Brutto per tonnellata	
ICMS	17,20		8,14	
PIS	17,20		8,14	
COFINS	17,20		8,14	
TARIFAS APLICADAS				
ICMS	17,20		8,14	
PIS	17,20		8,14	
COFINS	17,20		8,14	
TARIFAS DE REFERÊNCIA				
ICMS	17,20		8,14	
PIS	17,20		8,14	
COFINS	17,20		8,14	

ATENÇÃO à CRISE: [www.mec.gov.br](#)

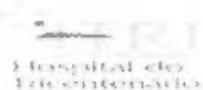
PARA SABER SEU PESO, INFORME QUANTO VOCÊ POSSUI DE CONT

1978-1980
Emissions
1980-1982
Emissions
1982-1984
Emissions



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 10



Nome: JOSE MARQUES DA SILVA

Nº registro: 753733

Dt. Nasc.: 10/01/81 - 38 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: IRENE JULIA DA SILVA

Fone: 81985885813

SEM SUS

Endereço: 2^a TRAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 11/08/2019 - 00:38

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

Acidente de Transito - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT TRAZIDA PELO SAMU DE VITORIA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) COM HISTÓRIA DE LACERO EM LABIO INFERIOR + 5ºQDE

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 100 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: 99 %

Observação:

FC: 97 BPM

OBS: NECESSITA DE AVALIAÇÃO DO TRAUMA

Classificação de Risco: URGENCIA - AMARELO

Encaminhado para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

Especialidade: CLÍNICA MÉDICA

COREN: 399154
Dr. LETICYA VILELA DOS SANTOS LINS

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitoria de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 12



Nome: JOSE MARQUES DA SILVA

Dt. Nasc.: 10/01/81 - 38 ano (s)

Mãe: IRENE JULIA DA SILVA

SEM SUS

Endereço: 2^a TRAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 11/08/2019 - 01:43

Setor: Leito:

Nº registro: 753733

Sexo: Masculino

Fone: 81985885813

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

P.A. X Temperatura: RGT
Altura: Peso

ANAMESE DO MÉDICO

RX COM TRAUMA DE FACE REGIAO METONIANA COM FERIMENTO LACERO CONTUSO INTERNO COM PERDA DE SUBSTANCIA +ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5^º QD ESQ .TRAUMA DE FACE DA REGIAO METONIANA + ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5^º QD ESQ.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

SEGUE EM ANEXO O RX

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Getulio Vargas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5746300

CRM: 3506

Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr. (a)

Jose marques da silva

necessita de 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S62

Grupo Mão / HGV
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife, 14/06/2019

LOCALIDADE E DATA

Assinatura do médico CRM nº

Nota: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin, s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50630-00
Fone: (81) 3184 5600





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

Jose marques da silva

USO ORAL

—> CEFALEXINA 500MG ————— 28COMP.

Tomar 1comp. VO 6/6hs por 7 dias

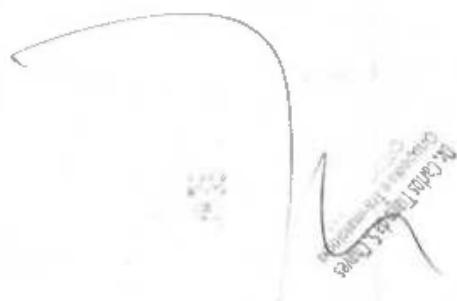
④ Flancox 500mg ————— 01 CX

Tomar 01 comp, de 12/12h por 05 dias

Orientações

- 1) Curativo diário do PSF
- 2) Realizar reforço de tétano em PSF
- 3) Retorno ambulatorial em 07 dias
- 4) Retorno hospitalar antes da consulta ambulatorial se anormalidades com a ferida operatória (febre, pus, vermelhidão ou alteração na circulação)

14/06/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NAME	02 (DUAS) VIAS		
jose marques da silva	CARTÃO SUS:		
NOME DA MÃE			
CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	Nº DO REGISTRO:
CIRUF GIA DA MAO	SR		1127598
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PESO	ALTURA
SEXO: MASC			
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura exposta de f4 de 5 qde MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL			
COMO: BIDADE: DM			
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS			
DATA DE INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	DIAS DE INTERNAÇÃO	
11/08/2019	16/08/2019		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
COD	ESPECIALIZADO	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIÃO		
2	AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	CLÍNICO		
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS)			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA			
CEFALEXINA			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura exposta de f4 de 5 qde MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL			
CONDICIONES CLÍNICAS / ALTA			
SEM SECREÇÃO OU SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL; ADM MANTIDA			
MOTIVO DA ALTA	ÓBITO		
CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	IML <input type="checkbox"/> SVQ <input type="checkbox"/> BO <input type="checkbox"/>		
ORIENTAÇÃO QUANTO AO TRANSPORTE			
1- RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE MÃO 20/08 - SANDRA PAIVA 2- MANTER CURATIVOS NO POSTO DE SAÚDE. 3- PRESCREVER CEFALEXINA POR 07 DIAS			
DATA: _____			
Médico Responsável			



Nome: JOSE MARQUES DA SILVA
Dt. Nasc.: 10/01/81 - 38 ano (s)
Mãe: IRENE JULIA DA SILVA
SEM SUS

Endereço: 2^a TRAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 11/08/2019 - 00:45
Setor: Leito:

Nº registro: 753733
Sexo: Masculino
Fone: 81985885813

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

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

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

RX COM TRAUMA DE FACE REGIAO METONIANA COM FERIMENTO LACERO CONTUSO INTERNO COM PERDA DE SUBISTANACIA +ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5^ºQD ESQ .+ TALA TIPO LUVA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

TRAUMA DE FACE DA RÉGIAO METONIANA + ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5^º QD ESQ.

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833



	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO
NOME COMPLETO: <i>João Almeida de Freitas</i>			
IDADE:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		
<p><i>Lendo vidros</i></p> <p><i>Rastei vidros de achat de vidro em vidro com traçado em reto de gesso e acetato tudo fui corrigido (vidros) de serem atingidos</i></p> <p><i>Mo. 4661</i> <i>1</i> <i>4665</i></p> <p><i>20/09</i></p> <p><i>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i></p>			

Avenida General San Martin s/n - Condado
Recife/PE - CEP 50.000-060
Fone: (0XX) 81.31845500

HGV.1002.V.1.2013.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

João Maia de Melo

IDADE:

SEXO: F M

pelito

*metope na rede tipo
letrato*

C. Qn.

2018/06/06

Hospital Getúlio Vargas

Avenida General San Martin s/n - Cidade
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX81.31645800

HGV.1002.V.1.2013.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



SECRETARIA
DE SAÚDE

Pernambuco

Diretoria

Ofício nº 2500/2019

Recife, 19 de Dezembro de 2019

À: FB ASSESSORIA DPVAT.

REF.: SOLICITAÇÃO DA CÓPIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO - PACIENTE SENHOR JOSÉ MARQUES DA SILVA.

Em atenção ao vosso Ofício N° 039/2019, enviamos (anexo), Prontuário Médico e Boletim de Esclarecimento do paciente senhor **JOSÉ MARQUES DA SILVA**.

Atenciosamente,

Hospital Getúlio Vargas
Dr. Bartolomeu A. Nascimento Jr.
CRM/PE 12.490
Dimine

Dr. Bartolomeu A. Nascimento Jr.
Diretor do Hospital Getúlio Vargas

Senhora
Fernanda Brandão de Oliveira
Rua Cônego José Fernandes Machado, 233 - Várzea
Nesta

BANJ/fgscm

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro
Recife – PE - CEP. 50.630-060
Fone: 0XX.81.3184.5607
E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br
CNPJ nº 10.572.048/0005-51





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE MARQUES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 755436

1.1 - Atendimentos em: 11/08/19

1.2 – Às 03 horas e 08 minutos.

1.3 – Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1127598

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 19/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO + FERIMENTO NA FACE.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 11/08/19 – LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 13.12.2019

HORA: 13:55:06

PASTA: 01.12.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM-11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 755436

Prontuário: 1127598

HGV - Hospital Getúlio Vargas
 Prontuário: 1127598
 Paciente: JOSE MARQUES DA SILVA
 Clínica: SALA DE RECUPERACAO
 Nascido: 10/01/1981 Idade: 38 Anos 7 Meses
 Mas: FERNE JULIA DA SILVA
 Endereço: 20 TRAVESSA PRIMIVO DE MIRANDA, 12 - MATRIZ - VITÓRIA DE SANTO
 ANTAO - PE - CEP: 55802154
 Prestador: HOSPITAL GETULIO VARGAS DATA: 11/08/2019 Hora: 06:47 Usuário: MARIA.JS

NO Cor:
 CNS: 708004857962721
 Nº: 12
 DE SANTO ANTÃO
 Profissão:
 Estado: PE

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA - 5746300 VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA EM MAO ESG. TEC. EDSON POLIC. JOAO MURILLO

Acidente de Trabalho: Sim Não

- ATENDIMENTO DATA: 11/08/2019 HORA: 03:08 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

*Painel. visto do lado da moto caiu há + 4 horas.
 Meio afli, vontade de dormir.*

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:					
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>					
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:					
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura m					
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Transporte Realizado por:					
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Por que:					

Observações:

Meio dia, Meio dia

Exame Físico:

A - Geral	Via aérea esta pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: C°
<i>S1 com síncope</i>			

B: Respiratório

<i>Mais suado 11/08</i>			
C: Circulatório	PA: x	mmHg	P脉搏: bpm
<i>Cardiomegalia arterial</i>			

D: Exames Neuroológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motoria
Escore: 4 Hora: 5	Escore: 5 Hora: 5	Escore: 5 Hora: 5

25.



1 de 2



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

SI alteras

Diagnóstico Inicial:

Fistula exposta 5º ODC

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Rx

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos: - Solinto Andrade 1 fórceps
do Bico Novo fóveal.

- Ao bloco agt benserviço do

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Roxo

Evolução de Enfermagem:

A. S. Gomes
Médico
CRM/CRO 21987

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condição de Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Observações:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 11/08/2019 03:08 h CLAUDIOAS impressão: 11/08/2019 03:08 h CLAUDIOAS

HCTB MF#

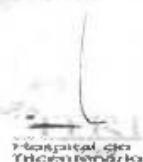
Paciente com suspeita de acidente metacaudilar.
Ausente com trauma. Rx etanol - falso BNF
apresenta lesão contusa em lobo superior.

Médico

(D) Sutura

(D) Alta BNF

Dr. Jeoval Neto
CRM/Pra Trauma BNF
CRB/PE 11.519



Nome: JOSE MARQUES DA SILVA **Nº registro:** 793733
Dt. Nasc.: 10/01/81 - 38 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: IRENE JULIA DA SILVA **Fone:** 81985885813
SEM SUS
Endereço: 28 TAV. PRIMITIVO DE MIRANDA, nº 12, MATRIZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 21/08/2019 - 01:43 **Nº pág.:** 1/1
Setor: Letro

GUIA DE ENCaminhamento E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: X Temperatura: HGT:
Altura: Peso:

ANAMÉSE DO MÉDICO

RN COM TRAI ALA DE FACE E REGIÃO MENTONIANA COM FERIMENTO LACERO CONTUSO INTERNO COM PERDA DE SUA BISTANACIA + ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5º QD ESQ. TRAUMA DE FACE DA REGIÃO MENTONIANA - ESMAGAMENTO PARCIAL DO 5º QD ESQ.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

SEGUIN. EM ANEXO O RX

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Getulio Vargas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Número: 5746300

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGITTO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-900 - Vitoria da Santo Antão/PE
Contato: (81) 3516-8833



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 24

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

jose marques da silva

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

CIRURGIA DA MAO

ENFERMARIA:

SR

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

MASC

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDÓ MÉDICO):

fratura exposta de 14 de 5 qde MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL

COMORBIDADE: DM

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS

DA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA:	DIAS DE INTERNAÇÃO:
11/08/2019	16/08/2019	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO	041503 0013 CID	CARIMBO/REVISOR FATURA
0415040035/779.3 + 0408020342/562.6		Ano MP Cordeiro Léo Médica - MGV CRMPE 8682 - Mat. 2264057 FATURAMENTO
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL
1	CIRURGIÃO	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	
4	ANESTESISTA	
5	CLÍNICO	

RESUMO DO CASO
(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

CEFALEXINA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura exposta de 14 de 5 qde MAIS LESAO DE LEITO UNGUEAL

CONDICIONES CLÍNICAS NA ALTA

SEM SECREÇÃO OU SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL; ADM MANTIDA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

OUTRAS: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA OUTROS:

IML SVU BU

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO

- 1- RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE MÃO 20/08 - SANDRA PAIVA
- 2- MANTER CURATIVOS NO POSTO DE SAÚDE.
- 3- PRESCREVO CEFALEXINA POR 07 DIAS

DATA:

Medico Responsável
Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSE MARQUES DA SILVA REG: 1127598

Data: 11/08/2019

Operador: DR TERCIO 1ºAUXILIAR: DR ANDREY MR2

2º AUXILIAR: DR MAURICIO R1

Anestesista: O CIRURGIÃO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE 5º QDE (F3)

Tipo de operação: LMC + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Assepsia e antisepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis;
- 4) Observada lesão em falange distal do 5º QDE com preservação da face ulnar
- 5) Perfusion lentoificada de porção distal do 5º QDE
- 6) Fratura cominuida em F3 impossibilitando fixação com fio K
- 7) Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados
- 8) Limpeza copiosa com SF 0,9%
- 9) Sutura com nylon 4-0
- 10) Curativo;
- 11) Imobilização do 5º qde com Taia splint
- 12) Perfusion lentoificada de 5º QDE

Dr. Andrey Freitas Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 26721





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012141401567220000071052233>
Número do documento: 2012141401567220000071052233

Num. 72476785 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 28

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 014483629502
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	ODS / RENAVAM	R.N.D.C.	EXERCÍCIO:
1	1063562703	*****	2019

JOSE MARQUES DA SILVA

VIT. STO ANTAC-PE 0

CPF / CNPJ	PLACA
044.186.404-01	PDA6581

PLACA ANTERIOR:

***** /PE 9C5KG0660F0049446

ESPECIE TIPO:

FAB /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL:

MARCA / MODELO: ALCO/GASOL

YAMAHA/Y350 FAZER ED

ANO FAB: 2015 ANO MODELO: 2015

CAP / PTO / OIL: CATEGORIA:

2P/149CL PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

I COTA ÚNICA: PREZ. COTA ÚNICA: VENDE TOTAL:

P IDVA 2019 QUITADO 1*****

V FAIXA IDVA: PAGAMENTO / COTAS: 2*****

A 1 ***** 3*****

- PREMIO TARIFARIO (R\$) IC (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) ENTRADA DE PAGAMENTO

80.11 0.22 84.58 25/01/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

Mauro Corrêa

VIT. STO ANTAC-PE DATA: 25/01/19

Marcelo Bruto da Costa Corrêa
Intendente Presidente em Exercício DETAN/PE

ESTÁQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE PORTA OBSTACULOS.

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 05.210.300/0001-04

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE N° 014483629502 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE MARQUES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIT. STO ANTAC-PE EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 25/01/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	044.186.404-01	PDA6581

RENAVAM: 1063562703 MARCA / MODELO: YAMAHA/Y3150 FAZER ED

ANO FAB: 2015 CAT. INTR: 09 PLACA: 9C5KG0660F0049446

PRÉMIO TARIFÁRIO:

PREMIO (R\$)	DETAN (R\$)	GASTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICP (R\$) TOTAL A SER PAGUE DA ASSEGURADORA:

4.15	0.32	84.58
------	------	-------

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO: 25/01/19

COTA UNICA PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO: 25/01/19



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029783 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO MENTONIANA DA FACE
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO-PAG15) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE MARQUES DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 11/08/2019 CPF DA VITIMA 044.186.404-01

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VITIMA É PORTADOR

ENDERECO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO

Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea
CIDADE Recife UF PE CEP 50970-230

E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE (81) 98552-8424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PÉRIODO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOURTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE 6141955 SDS/PE

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025306/20

Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

Data do acidente: 11/08/2019

CPF: 044.186.404-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARQUES DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSE MARQUES DA SILVA : 044.186.404-01

- 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: 17/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSE MARQUES DA SILVA

NACIONALIDADE: Brasileiro

IDENTIDADE: 6.627.696 ORGÃO: SDS / PE

CPF: 044 - 186 - 404 - 01

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: BC DO RANCHO, 19 - MATRIZ - VITÓRIA DE SANTO ANTONIO / PE cep. 55.600 - 000

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conde José Fernandes Machado, Nº 293 - Varzea - Recife / PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quaisquer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

JOSÉ MARQUES DA SILVA

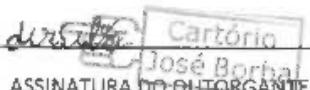
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura I. IDAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) II. INVALIDEZ PERMANENTE III. morte

Data do Acidente: 11/08/2019

VITÓRIA DE SANTO ANTONIO, 03/12/2019

Local e data

Assinatura da de direita



(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025306/20

Vítima: JOSE MARQUES DA SILVA

CPF: 044.186.404-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: JOSE MARQUES DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSE MARQUES DA SILVA : 044.186.404-01

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: 17/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:01:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414015672200000071052233>
Número do documento: 20121414015672200000071052233

Num. 72476785 - Pág. 34