



Número: **0076184-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72831759	21/12/2020 10:43	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250758

Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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 nº 15945183





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200250758**

**Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 22/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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. 01715/01716 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050858



Carta nº 15951487





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200250758**

**Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 22/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **0000068708-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 833.150.394 53 4 - Nome completo da vítima: João Francisco do Nascimento

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

5 - Nome completo: João Francisco do Nascimento 6 - CPF: 833.150.394 53  
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Av. Manoel G. Moraes 9 - Número: 108 10 - Complemento: A  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Haquetinga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000  
15 - E-mail: wesseria.goiara@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 9.9289 7962

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0774 CONTA: 68708 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Haquetinga/PE 09.07.2020

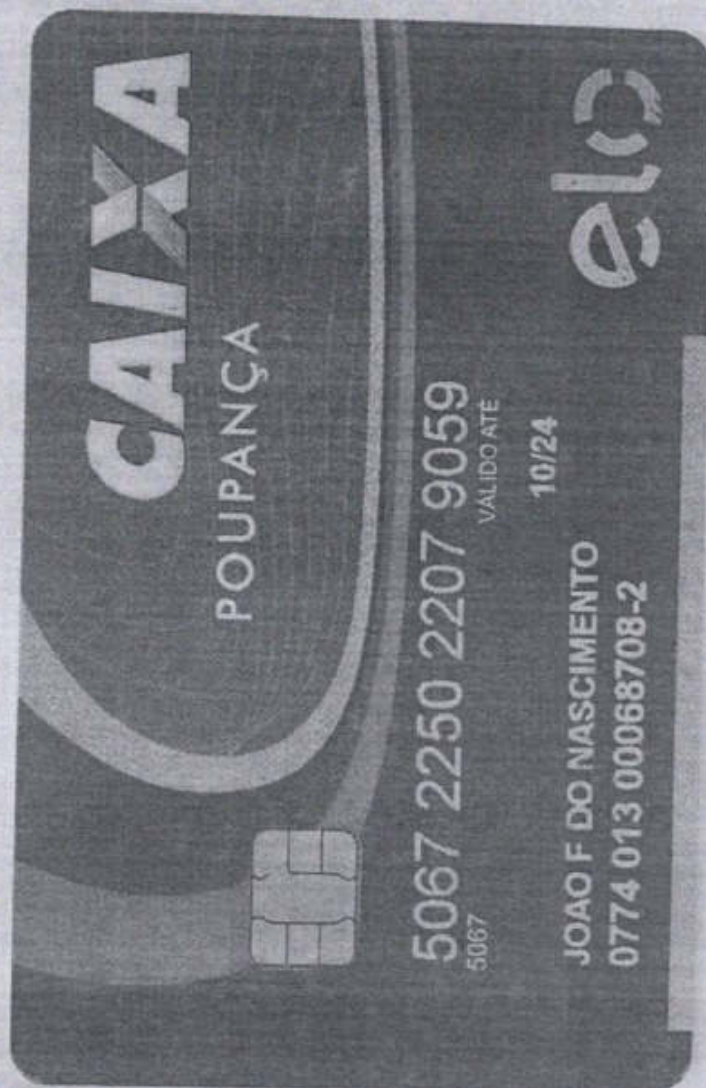
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA -  
DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0145000216

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/06/2020 às  
09:30

Complementa o BO Número: 20E0145000188

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 22/12/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2  
PE-52 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA (OUTRO )  
JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (VÍTIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: SEVERINA BERNARDO DA SILVA Pai: ANTONIO FRANCISCO DO**  
**NASCIMENTO Data de Nascimento: 6/10/1979 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL Documentos: 4112218/SDS/PE (RG), 83315039493 (CPF) Estado Civil: ANASIADO(A)**  
**Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: COMERCIANTE Telefones Celulares:**  
**- 8102122268**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-52 - CEP:**  
**55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

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

**ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:**





**Sexo:** Masculino **Naturalidade:** NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

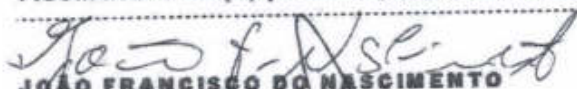
**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**  
**Categoria/Marca/Modelo:** MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED **Objeto apreendido:** Não  
**Cor:** PRETA - **Quantidade:** 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

**Placa:** KFT3339 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) **Renavam:** 227748189 **Chassi:** SC6KEJ2E2A00102212  
**Ano Fabricação/Modelo:** 2009/2010

**Complemento / Observação**

COMPARECEU A ESTA DP, NA DATA DE 04/06/2020, O SR. JOÃO FRANCISCO E RELATOU QUE EM 22/12/19 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO DEPOIS DO POSTO DE GASOLINA TRAJANO. CONFORME LAUDO MÉDICO O PACIENTE RELATOU DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO INICIAL. PORÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCAL. E DEPOIS FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAS PARA CIRURGIA.

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

  
**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**  
**(VÍTIMA)**

**B.O. registrado por:** JOSE MARTINS LEITE - **Matrícula:** 1569049







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA -  
DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0145000188**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/06/2020** às  
**10:44**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **22/12/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2**  
**PE-52 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)**  
**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)**  
**Sr(s): JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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

**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: SEVERINA BERNARDO DA SILVA Pai: ANTONIO FRANCISCO DO**  
**NASCIMENTO Data de Nascimento: 6/10/1970 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL Documentos: 4112818/SSS/PE (RG), 2215838493 (CPF) Estado Civil:**  
**ANASIAADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: COMERCIANTE Telefones**  
**Celulares:**  
**- 5192122268**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-52 - CEP:**  
**55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): JOÃO FRANCISCO DO**  
**NASCIMENTO, que estava em posse do(s) Sr(s): JOÃO FRANCISCO DO**



**NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT2338** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **227745488** Chassi:  
**6CGKEJ2E0A0105242**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2010**

**Complemento / Observação**

COMPARECEU A ESTA DP, NA DATA DE 04/06/2020, O SR. JOÃO FRANCISCO E RELATOU QUE EM 22/12/19 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO DEPOIS DO POSTO DE GASOLINA TRAJANO. CONFORME LAUDO MÉDICO O PACIENTE RELATOU DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO INICIAL, PORÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCAL, E DEPOIS FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA CIRURGIA.

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

**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **FRANCISCO ANDRADE DOS SANTOS NETO** - Matrícula:  
**399989-3**





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 833.150.394 53 4 - Nome completo da vítima: João Francisco do Nascimento

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

5 - Nome completo: João Francisco do Nascimento 6 - CPF: 833.150.394 53  
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Av. Manoel G. Moraes 9 - Número: 108 10 - Complemento: A  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Haquetinga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000  
15 - E-mail: wesseria.goiarna@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 9.9289 7962

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0774 CONTA: 68708 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Haquetinga/PE 09.07.2020

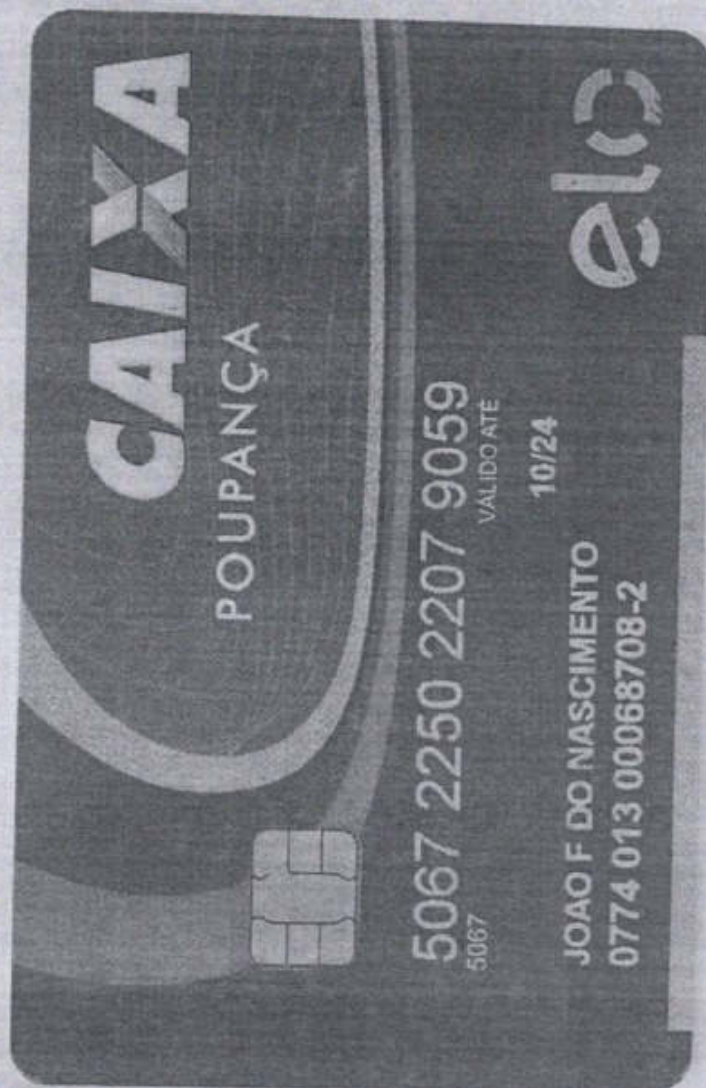
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)











## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS/UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

b

## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Paciente:	João, Francisco de Almeida	Data:	12/12/19
Data de Nascimento:	06/10, 1970 49 anos		
Sexo:	M	Registro:	770 181
Documento:		Hora de Chegada:	11:11
Endereço:	Lot - 9, Tubo	Hora de Saída:	
Filiação:	Silvina Ramonete da Silva		
Profissão/ocupação:			

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM/ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Confusão Mental <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Cefaleia
<input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
<input type="checkbox"/> Dor Local <input type="checkbox"/> Sangramento Local <input checked="" type="checkbox"/> Outras queixas: fratura M.E.?

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MEDICAMENTOS

<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos <input type="checkbox"/> Asma Bronquite <input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaio <input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Enfisema <input checked="" type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> A.V.C <input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Uso de Medicamentos:
Classificação: Vermelho <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/>

Enfermeiro Coren - PE

## SINAIS VITAIS:

P.A.	130	X	100	mmHg	T	36	°C	P	70	bpm	F.R.	20	rpm
Peso:		Kg	HGT:	166	cm	Saturação	98	%					

## Avaliação Médica

Queixa Principal/Histórico da Doença:	Pericota, sintomas de acidente de carro, apresentando dor e edema e liberação de movimento de M.E.
---------------------------------------	--

## EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/CONDUTA
------------------------------

1. lesões
2. edema
3. dor

MÉDICO - CRM/PE

Fred M. de Oliveira

CRM-PE 21172  
0304060061  
0304060061

Digitado em Computador



# 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:	24/07/2020
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000068708-2

---

---

Nr. da Autenticação 9452FBEFA7F9636B





**CELPE**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 115, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.028.912/0001-00 | Ins. Est. 010943-01 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARIA JOSE DE SANTANA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV MANOEL G. MORAES 109 A

CPF: 090.117.994-16

ITAQUITINGA, ITAQUITINGA  
ITAQUITINGA, PE  
55290-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mudanças

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DATA DE FIM
09/07/2001	UNICA	19/02/2020
19/02/2020	201809002	1501485

7034497618	02/2020
28/03/2020	20/03/2020
17,86	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) - TUSD	30,000000	0,31155147	9,34
Consumo Ativo (kWh) - TE	30,000000	0,25208140	7,56
Adicional Bandeira AMARELA			0,12
ICMS Subvenção - CDE-NF 080094299-24/12/19			0,18
Multa por atraso - NF 080630721 - 22/01/20			0,34
Multa por atraso - NF 080630721 - 22/01/20			0,32

**TOTAL DA FATURA**

17,86

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LETURA	DATA	ATUAL	LETURA	Nº DE CONTADOR	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
100000	CAT	22/01/2020	21/01/20	1451/000	21/01/20	1451/000	1451/000	1451	1,0000	17,86

DATA	VALOR	VALOR DO IMPORTE
FEV 20	17,86	17,86
JAN 20	17,86	17,86
DEZ 19	17,86	17,86
NOV 19	17,86	17,86
OUT 19	17,86	17,86
SET 19	17,86	17,86
AUG 19	17,86	17,86
JUL 19	17,86	17,86
JUN 19	17,86	17,86
MAY 19	17,86	17,86
ABR 19	17,86	17,86
MAR 19	17,86	17,86
FEV 19	17,86	17,86

CEC 07846 2009-0906 780F 473B 6348 A001

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Para obter a fatura e o boleto, acesse o site da Celpe ou o aplicativo Celpe. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido do sistema. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido do sistema. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido do sistema.

DATA	VALOR	VALOR DO IMPORTE
FEV 20	17,86	17,86
JAN 20	17,86	17,86
DEZ 19	17,86	17,86
NOV 19	17,86	17,86
OUT 19	17,86	17,86
SET 19	17,86	17,86
AUG 19	17,86	17,86
JUL 19	17,86	17,86
JUN 19	17,86	17,86
MAY 19	17,86	17,86
ABR 19	17,86	17,86
MAR 19	17,86	17,86
FEV 19	17,86	17,86





ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUM. - 5/N - CENTRO GOI  
ANA PE 55900-000

CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 10399440 Abr/2020  
MELICIO DA COSTA LEITE NETO  
R DQ CAXIAS, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000  
INSCRIÇÃO: 062.498.765.0134.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMÁTICO: 010399440

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL				
HIDRÔMETRO A12F163548	DATA LEIT. ANTERIOR 06/04/2020	DATA LEIT. ATUAL 07/05/2020	TIPO DE CONSUMO (AB) REAL		

ÁGUA:  
LEIT ANT: 398 CONSUMO: 4  
LEIT ATU: 402  
LEIT FAT: 402

#### HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020 07  
02/2020 01  
01/2020 07  
12/2019 01  
11/2019 26  
10/2019 06  
MÉDIA: 08

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. Nº 2.914/13	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
TURBIDEZ	45	45	39
COR APARENTE	45	45	38
CLORO RESIDUAL	45	45	41
COLIF. TOTAIS	45	45	44
E. COLI	45	45	45

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL - 1 UNIDADE(S)	4 M3	64,84
CONSUMO DE ÁGUA		66,37
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 01/06		

DEBITO	DEBITO PARCELADO	DEBITO PARCELADO	DEBITO PARCELADO
PE	64,84	1,65	1,07
ESPAN	64,84	7,60	4,93

VENCIMENTO: 20/06/2020

TOTAL A PAGAR: 131,21

MENSAGEM:



8283000001-5 31210010002-3 0102

VENCIMENTO: 20/06/2020

compesa  
ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VENCIMENTOS: 0800-0810105







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu João Guilherme mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Francisco do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 833.150.394 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Francisco do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o nº 833.150.394 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:


Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Duque de Caxias</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>10</u>	
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Goiana</u>	Estado:	<u>PE</u>	
E-mail:	<u>amambria.goiana@gmail.com</u>				CEP:	<u>55900-000</u>
					Tel. (DDD):	<u>(81) 9.8289-7962</u>

Local e Data: Goiana - PE 09.07.2020

  
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS/UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

6

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Paciente: <u>João Francisco de Nascimento</u>	Data: <u>21/12/19</u>
Data de Nascimento: <u>06/10/1970</u> 49 anos	Registro: <u>730181</u>
Sexo: <u>M</u> Cad. SUS	Hora de Chegada: <u>17:10</u>
Documento:	Hora de Saída:
Endereço: <u>Lot: Gutuba</u>	
Filiação: <u>Silvana Nascimento da Silva</u>	
Profissão/ocupação:	

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM/ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:	
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Tonturas
<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Confusão Mental
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Cefaleia
<input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais	<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo	
<input type="checkbox"/> Dor Local	<input type="checkbox"/> Sangramento Local
<input type="checkbox"/> Outras queixas	<u>fratura NS e?</u>

ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MEDICAMENTOS

<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Asma Bronquite
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Uso de Medicamentos:
<input type="checkbox"/> A.V.C	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Classificação: Vermelho	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul

Enfermeiro: Renanque  
PE: 21/12/2019

SINAIS VITAIS:

P.A.	X	mmHg	T	°C	P	bpm	F.R	rpm
<u>120</u>	<u>80</u>	<u>100</u>	<u>36.6</u>	<u>36.6</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>

Peso: 70 Kg HGT: 166 mg/dl Saturação: 98%

Avaliação Médica

Queixa Principal/Histórico da Doença: Derivado de trauma de acidente de trânsito, apresentando dor e edema e limitação de movimento de NS e,

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/CONDUTA

1. Infecção
2. Abcesso
3. Secadão
4. Eritroema

MÉDICO - CRM/PE  
10184117  
10184117

12:23  
Enfermeiro

Fred M. de Oliveira  
CRM-PE: 21172  
0301060061  
0301060061





Atendimento: 512579

Senha da Classificação:

0026

Data e Hora: 14/01/2020 13:00

Paciente: 133300 JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO  
Nome Social:  
Data do Nascimento: 06/10/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe: SEVERINA BERNARDO DA SILVA Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: RUTIUBA 2 -- Bairro: CENTRO  
Cidade/UF: ITAQUITINGA 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

Paciente vítima de acidente automobilístico em 22/11/2019 mantendo reformare  
plantando em punho (E), que foi admitida em atendimento inicial, porém não  
localizada mobilização. Análise novamente levada a cabo, onde foi constatada

Exame Físico

Ex: cor, turgor, ARBOL NAL, DM, ALERGIA  
EM: CAPUTUM 25mg A NOITE; RETORNO GIBELUM

Hipótese Diagnóstico

Fx RTAL DE ALAO (E)

Prescrição Médica

1. Exame R. H. Q. INTERNO PI TTD L. W. 16/10  
2. RETA ONAL PI NAL E DM LIBERADA

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

( ) Transferido: Para

Senha: \_\_\_\_\_

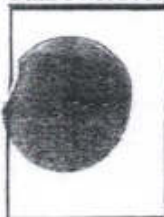
( ) Encaminhado ao setor de internação

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/01/2020 09:32



Nome Paciente: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 06/10/1970  
Sexo: Masculino  
Idade: 49 anos  
Senha: 0026  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

entop

Período: 14/01/2020 12:50 - 14/01/2020 12:56

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: QUEDA DE MOTOCICLETA DIA: 22/12/2020. HD: FRATURA DE MAO ESQUERDA.

Observação: PROCEDENTE DE ITAQUITINGA COM SENHA: 5860051. DM+, NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- SACR - REGUA DE DOR: 8  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 92.00 BPM  
- GLICOSE: 197.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 132.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 98.00 MMHG  
- PESO: 68.00 KG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 91.00 %  
- TEMPERATURA(C): 24.40 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de pele  
Sim ( ) Não (X)

Local: **Joana Santos**  
COREN: 273647

RECEBADO  
NEL HMA

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/01/2020 12:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







MIGUEL ARRARES



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 49 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 15.01.2020

DATA NASC.: 06.10.70

REG: 133300

DATA DA ALTA: 20/1/20

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

### TRATAMENTO REALIZADO:

- TRATAMENTO CONSERVADOR

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR SORMANE BRITO (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR FRATURADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- 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

FERIDA OPERATÓRIA: TALA LUVA DE BOM ASPECTO

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: / /

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 49 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 15.01.2020

DATA NASC.: 06.10.70

REG: 133300

DATA DA ALTA: 20/1/20

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- TRATAMENTO CONSERVADOR

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR SORMANE BRITO (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FÉIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR FRATURADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- 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

FERIDA OPERATÓRIA: TALA LUVA DE BOM ASPECTO

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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







# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	133300
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
705206090501664	06/10/1970	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	SEVERINA BERNARDO DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199471740
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUTIUBA 2, - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ITAQUITINGA	260780	PE	55950000		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
Paciente vítima de acidente motociclistico em 22/12/2019, RELATANDO DEFORMIDADE IMPOTANTE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM  
MOVIMENTO INICIAL, PORPÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCAL, PROCURANDO NOVAMENTE SERVIÇO DE SAÚDE, ONDE  
FOMOS CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA TRATAMENTO  
CIRÚRGICO

21 - Condições que justificam a internação  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA	S529 S52.5	W199 V29.9	03.08.21.001.9

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0408020407		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016001207394
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FABIO NEUMANN KAUFFMAN	14/01/2020	14368	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado		

## AUTORIZAÇÃO

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

AIH  
262010245205-5

Código do Laudo: 512579



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

DATA NASC.: 06/10/1970  
REG:133300

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
14/1/2020	
17:45	HDA/QPA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 22/12/2019, RELATANDO DEFORMIDADE IMPOTANTE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO INICIAL, PORPEM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCAL, PROCURANDO NOVAMENTE SERVIÇO DE SAÚDE, ONDE FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRARES PARA TRATAMENTO CIRURGICO
	Antecedentes Pessoais: HAS+, DM+, NEGA ALERGIAS
	Medicações de uso: CAPTOPRIL 25MG À NOITE, METFORMINA +GLIBENCLAMIDA
	Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO
	Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
	HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
	CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO SOLICITO PRE OP E PCARDIO
15/01/20 07:38	<i>(R) A nome Almeida</i> <i>paciente está com dor no punho esquerdo</i> <i>em repouso</i> <i>(R) Ag. M. Unipol</i> <i># 5078</i>
16/01/20 07:10	<i>(R) A nome Almeida</i> <i>paciente está com dor no punho esquerdo</i> <i>em repouso</i> <i>(R) Ag. M. Unipol</i>

*Dr. Igor Alcencor*  
*CRM 27.749*

*Dr. Igor Alcencor*  
*CRM 27.749*

*Dr. Igor Alcencor*  
*CRM 27.749*







## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 512823

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

Usuário: ELISAMASP

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Prontuário: 133300  
Idade: 49a 3m 15d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 6/10/1970  
Profissão: Escolaridade: CEP 55950000  
R.G.: 4112818 C.P.F.: 83315039453 Telefone: - CENTRO - ITAQUITINGA - PE  
Endereço: RUTIUBA 2  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 15/1/2020 13:00  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 05/02/2020  
Endereço: - Número: CLAUDEVAN SOUSA  
Telefone: Cidade: Estado civil: FISCALISTA

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20/01/2020 Hora da Alta: : :  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom Camarões Curativos

Diagnóstico Principal.....: Lesões por trauma

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: tra Curativos

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 se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Senha: 5860051

Posto Médico de:

Miguel Arruda

Mat.: \_\_\_\_\_ Prost.: \_\_\_\_\_

Paciente: João Francisco do Nascimento

Residência: \_\_\_\_\_

Paciente com fratura em  
mão esquerda, necessitando  
de cirurgia de mão, segundo  
avaliação com ortopedista.  
Dr. Marcus César Cavalho.

Solicito avaliação  
de ortopedia no  
Hospital Miguel Arruda.

14/01/2020

Dra. Wenderley  
Médica  
CRM - RJ 15101  
15101

Nome do Médico - CRM



Atendimento: 512823  
Dt Atendimento: 15/01/2020 - 13:00 Dt Alta: 20/01/2020 - 12:17  
Paciente: 133300 JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO  
Leito: 690 VERD2-14 Plano: 1 GERAL  
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISAMASP  
CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISAMA DA SILVA PEREIRA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR






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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 22/12/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 22/12/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Francisco do Nascimento	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura articular rádio distal ESQ.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento. Conservador de fratura do punho ESQ com imobilização. Fisioterapia motora 20 sessões	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, déficit de força e ADM
2º no punho e mão esquerda
3º com perda funcional de 50%.
4º na mão e 60% no punho ESQ.
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/07/2020 07/07/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	07/07/2020
LOCAL: Gaiana	ASSINATURA E CARIMBO: 



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
 Número do documento: 20122110431639900000071398839





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.112.818 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/05/2011

NOME << JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO << ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO >>  
<< SEVERINA BERNARDO DA SILVA >>

NATURALIDADE IIAQUILINGA - PE DATA DE NASCIMENTO 06/10/1970

DIGITAGEM << 0768690155 1970 1 00016 361  
0010325 69 IIAQUILINGA-PE >>

CPI 833.150.394-53

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA 741180229/08/83





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200250758 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 35°, COM REDUÇÃO DA FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO EM GRAU II. DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5° E DEFORMIDADE EM REGIÃO DA EXTREMIDADE DISTAL DA ULNA ESQUERDA COM AUMENTO DE VOLUME. VÍTIMA REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REGIÃO DORSAL.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, SENDO REDUZIDA INICIALMENTE, SEM IMOBILIZAÇÃO, POSTERIORMENTE RETORNOU AO HOSPITAL SENDO DIAGNOSTICADA A FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, SENDO ENTÃO REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO AXILO PALMAR POR APROXIMADAMENTE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/07/2020

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197665/20

**Vítima:** JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

**CPF:** 833.150.394-53

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 22/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

#### JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO : 833.150.394-53

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](http://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: 15/07/2020  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso



**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: **3200250758**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV MANOEL GUIMARAES MORAES, 108 - Itaquitinga - PE - CEP 55950-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **4112818**

Data e local do acidente: [ **22/12/2019** ] **ITAQUITINGA PE**

Data e local do exame: [ **20/07/2020** ] **Goiana** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 35°, COM REDUÇÃO DA FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO EM GRAU II. DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5° E DEFORMIDADE EM REGIÃO DA EXTREMIDADE DISTAL DA ULNA ESQUERDA COM AUMENTO DE VOLUME. VÍTIMA REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REGIÃO DORSAL.**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, SENDO REDUZIDA INICIALMENTE, SEM IMOBILIZAÇÃO, POSTERIORMENTE RETORNOU AO HOSPITAL SENDO DIAGNOSTICADA A FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, SENDO ENTÃO REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO AXILO PALMAR POR APROXIMADAMENTE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do punho esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo 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"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequelas permanentes" (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.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgias do Joelho  
CRM: 8085 - CRM: 8085 - CRM: 8085  
TÉCNICO 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

