
Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685421

Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685421

Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **PAULO RIBEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000051**

Conta: **00000110326-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **093.302.344-88** Nome completo da vítima: **Paulo Roberto da Silva**

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

Nome completo: **Paulo Roberto da Silva** CPF: **093.302.344-88**

Profissão: **Acusp** Endereço: **Rua Jullian de Pádua** Número: **88** Complemento: _____

Síntese: **205 m2** Cidade: **Caruaru** Estado: **PE** CEP: **55010-130**

E-mail: **Acusp** Tel (DDD): **(81) 99304-6299**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0051** ☐ CONTA: **110326** ☐

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: **Caruaru (PE), 08/12/19.**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PAULO RIBEIRO DA SILVA

Agencia 0051

Operação 013

Conta 110326-1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000986

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/09/2019 às 16:57

Complementa o BO Número: 19E0154000984

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2019 às 17:00

Natureza Atípica: Queda de Motocicleta

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AGUA PRETA, 1, PRÓXIMO AO PRESÍDIO DA CIDADE -

Bairro: CENTRO - AGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (OUTRO)
ANA CRISTINA ALVES DA SILVA (OUTRO)
PAULO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANA CRISTINA ALVES DA SILVA

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: MARIA MAELIA DA SILVA Pai: JOÃO RIBEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 28/4/1984 Naturalidade: FLEXEIRAS / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 2006993/SS/PE (RG), 08330234488 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA JACKSON DO PANDEIRO, 200, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM MARANGUAPE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

ANA CRISTINA ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA, que estava em

possuidor(es) S(n)a: ANA CRISTINA ALVES DA SILVA

Categoria/Versão/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150 Objeto apreendido: Não

Cor: AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Rota: PCC1677 (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: BC2KF2205JW014285

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

A CONDUTORA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA ESTAVA VINDO DA PRAIA DESTINO A CARUARU-PE, QUANDO PRÓXIMO AO PRESIDIO DE ÁGUAS BELAS PERDEU O CONTROLE NUMA CURVA E VEIO AO SOLO JUNTAMENTE COM O GARUPA (VITIMA) QUE VINHA EM SUA COMPANHIA, PAULO RIBEIRO DA SILVA, O QUAL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PLANARES-PE E EM SEQUIDA REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE TEVE TRATAMENTO CIRURGICO DE PATEIA ESQUERDA POR VOLTA DAS 17:00 HORAS.

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)*Paulo Ribeiro da Silva*B.O. registrado por: *Severino Evaldo do Nascimento* Matrícula: 158.816-3Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Matr. 158.816-3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0154000984

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/09/2019 às 16:33

Complementado pelo BO Número: 19E0154000986

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2019 às 17:00

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AGUA PRETA, 1, PRÓXIMO AO PRESÍDIO DA CIDADE**

Bairro: **CENTRO - AGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (OUTRO)
PAULO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO RIBEIRO DA SILVA**

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: **MARIA MAÉLIA DA SILVA** Pai: **JOÃO RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/4/1964** Nacionalidade: **FLEXEIRAS / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **2086902/SDSPE (RG) 00330234488 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **RUA JACKSON DO PANDEIRO, 286, CASA - CEP: 55006-000 - Bairro: JARDIM MARANGUAPE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO RIBEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: PCC1877 (PERNAMBUCO/CARUARU); Chassi: 9C2KF2296JF014386
Ano/Fabricação/Modelo: 2019/2018 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

A CONDUTORA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA ESTAVA VINDO DA PRAIA DESTINO A CARUARU-PE, QUANDO PRÓXIMO AO PRESÍDIO DE ÁGUAS BELAS PERDEU O CONTROLE NUMA CURVA E VEIO AO SOLO JUNTAMENTE COM O GARUPA (VITIMA) QUE VINHA EM SUA COMPANHIA PAULO RIBEIRO DA SILVA, O QUAL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PLAMARES-PE E EM SEGURA REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE TEVE TRATAMENTO CIRURGICO DE PATEIA ESQUERDA POR VOLTA DAS 17:00 HORAS.

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Paulo Ribeiro da Silva

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.818-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.818-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **093.302.344-88** Nome completo da vítima: **Paulo Roberto da Silva**

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

Nome completo: **Paulo Roberto da Silva** CPF: **093.302.344-88**
Profissão: **adv** Endereço: **Av. Jackson de Paiva** Número: **88** Complemento: _____
Bairro: **25ª mar** Cidade: **Caruaru** Estado: **PE** CEP: **55010-130**
E-mail: **adv** Tel (DDD): **(81) 99304-6299**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0051** CONTA: **330326** **1**
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **Caruaru (PE), 08/12/19.**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Paulo Roberto da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000110326-1

Nr. da Autenticação 8B879F77681817D6

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: PAULO RIBEIRO DA SILVA
Data Nasc.: 28/04/1984 Idade: 35 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: Nº: 280
Endereço: RUA JACKSON DO PANDEIRO Cidade: CARUARU Estado: PE
Bairro: JOAO MOTA Profissão:
CEP: 55010130 Fone: 93202472
Nome da Mãe: MARIA EMELIA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 541059

Prontuário: 344838

2 - ATENDIMENTO Data: 08/05/2019 23:21 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de acidente motorístico, sofreu trauma em joelho (E)

Exame Físico: Dor + edema, sangramento em região patelar e crepitação PA: FC: FR:

RX- Fratura polo inferior da patela.
Diag. Provisório: Fratura de Patela Esquerda (Exposta).
CD- Internamento para tratamento cirúrgico

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

Glauco Araújo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. FERNANDO MACHADO DE OLIVEIRA //

1º Assistente: Instrumentador: JUAN Anestesiologista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 09/09/19

Início: Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

seg, 9 de setembro de 2019

DR. FERNANDO MACHADO DE OLIVEIRA //

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. FERNANDO MACHADO DE OLIVEIRA //

1º Assistente: Instrumentador: Anestesiologista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 09/09/19

Início: Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

seg, 9 de setembro de 2019

DR. FERNANDO MACHADO DE OLIVEIRA //

COMPARATIVE DNA METHODS
TECHNOLOGICAL GOVERNANCE IN THE

FICHA DE ANESTESIA

No. 3114.

Paulo Ribeiro da Silva

344238

SUS

H2A

Table	10
-------	----

35a	02	4p
-----	----	----

09 09 19

Fratura exposta de fêmur e

80

120 - 94 30

100

I must

Tratamiento de Fractura Exposta
Principio de manejo

A mesma

$$= 2000 - 2000 = 0$$

194. 2000-2001

1000	1000	1000	1000	1000
------	------	------	------	------

5

	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$
Source	70%	10%

[illegible]

12

© 2000 Blackwell Science Ltd

2

TABLE 1. *Continued*

100

[illegible]

1.12

19/10/2019

NYL

Q. 1. a) Plasma

11/11/11

100

100

Dr. Monique Sieber
Anthropologist



SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MADALAZZI

HRP



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Raulo Filipe de Silva Sexo: Homem
 Data de Nascimento: 28/04/1984 Idade: 35 anos

Paciente em transferência:

Endereço:

Cidade: Caruaru

UF:

Hora da Admissão:

17:30 h

DESTINO DO PACIENTE:

HRA

SENHA:

5766810

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE

Queda de Haste de metal com alama e ferimento em peito esquerdo.

EXAME FÍSICO:

Edema, erosião, presença de ferimento com resíduo de hematomas presentes na topografia de ferimento.

DROGAS ADMINISTRADAS:

Tramadol 100 mg, EV
Lidocaina 2g, EV

20/30
10/10
Maria Rosalinda
Téc. de Enfermagem
CONCRE: 876017

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx

HD:

Fatura de Póster Exposto Esquerdo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

DATA: 09/09/2019

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.I. 49



PERMANENTE

Paulo Ribeiro da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALHDA EM TDDO

TERRITORIO NACIONAL

Регистр 2.086, 903

DATA DE
EXPEDIÇÃO

07/06/2002

Paulo Ribeiro da Silva

Platão da Ilva

Prima Anna di Alva

telex@trg.su.se

28/04/1986

NA-24HALID 555

DATA DE NASCIMENTO

C. de Naso m. 21. 28. L. A-11. Fls. 267

Meenias/Al.

STIMULUS

141KOH

2.50 IN 2.7.77

29/08/03

Mel. José Kuri

Prof. F. Lindner

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Se a segurança é uma coisa que deve ser apreciada, para evitar maior

para a segurança que é preciso ser pesquisada,

Se a segurança é uma coisa que deve ser apreciada, para evitar maior para a segurança que é preciso ser pesquisada, logo o socorro médico adequado. Não deixe que "então" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2ª VIA



Número 035968 Série 00022

Paulo Ribeiro da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Santo Ribeiro da Silva
 Loc. Nascimento Flexeiras Est. AL Data 28.04.84
 Filiação Mãe: Rubeiro da Silva e
Mãe: Anelina da Silva
 Doc. Nº VRG-2086903 SSP PE.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
 Exp. em/...../..... Estado
 Obs.:
 Data Emissão 04.08.09 SRTE SDT Camarao
Rozario Pinto
funcionário 06732
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

093.302.344-88

Nome

PAULO RIBEIRO DA SILVA

Nascimento

28/04/1984

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015100979954
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 000 RENAVAM - RUA/RG - EXERCÍCIO
1 1150747405 12/02/19 2019

NOME
DEBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ - PLACA
064.057.684-11 ECC1677

PLACA ANT. DE - CHASSI
***** /PE 9C2KF2200JR014385

Espec. Tipo - COMBUSTÍVEL
FAS /MOTONEIA GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/PCX 150 2018 2018

CAP. POT. OIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
29/149CL PARTIC AZUL

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO 1ª

FAKALIVA - PARCELAMENTO / COTAS - 2ª
A 1 ***** 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOP (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
60.11 0.82 60.93 12/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE PONTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARUARU *Roberto Delfino* DATA

RECEBEMOS O VALOR DE R\$ 60.93

RECEBEMOS O VALOR DE R\$ 60.93

RECEBEMOS O VALOR DE R\$ 60.93

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

PE Nº 015100979954 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PLACA - CHASSI - DATA DE EMISSÃO

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

CARUARU-PE

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
4-19 08/09/19

VIA - CPF/CNPJ - PLACA
1 064.057.684-11 ECC1677

RENAVAM - MARCA / MODELO
1150747405 HONDA/PCX 150

ANO FAB. - CATEGORIA - CHASSI
2018 02 9C2KF2200JR014385

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) - DENATAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.04 50.09

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOP (R\$) - IOP (MENSAL) (R\$)
4.15 0.22 04.37

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 12/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04

RECEBEMOS O VALOR DE R\$ 60.93

RECEBEMOS O VALOR DE R\$ 60.93

RECEBEMOS O VALOR DE R\$ 60.93

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685421 **Cidade:** Água Preta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA E CURATIVO) E ALTA MÉDICA. P.2,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685421 **Cidade:** Água Preta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA E CURATIVO) E ALTA MÉDICA. P.2,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439818/19

Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 093.302.344-88

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA : 093.302.344-88

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: 09/12/2019
Nome: PAULO RIBEIRO DA SILVA
CPF: 093.302.344-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PAULO RIBEIRO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso