



Número: **0000583-40.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **21/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIS ALVES DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74097371	26/01/2021 11:04	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS ALVES 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

Carta nº 14258327

Pag. 01013/01014 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00431/00432 - carta_03 - INVALIDEZ

00060216



Carta nº 14258541





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, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA

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

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

Recebedor: LUIS ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000063785-9

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

Pag. 01533/01534 - carta_30 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: LUIS ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3190302351
LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190302351**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01919/01920 - carta_09 - INVALIDEZ

00050960



Carta nº 14447906



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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	212.415.464-87	Luiz Alves da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Luiz Alves da Silva		212.415.464-87
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	At Boa Vista	89
Bairro:	Cidade:	Estado:
Alto Boa Vista	São José do Belmonte	PE
E-mail:	CEP:	Complemento:
	56950-600	Casa
	Tel.(DDD):	
	87-9634-4907	

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

DADOS CADASTRAIS

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: 0914 ☐ CONTA: 63785 ☐ 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 29/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

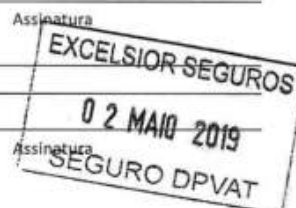
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Luiz Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE - DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000209

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às
08:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **28/12/2018** no período da Manhã

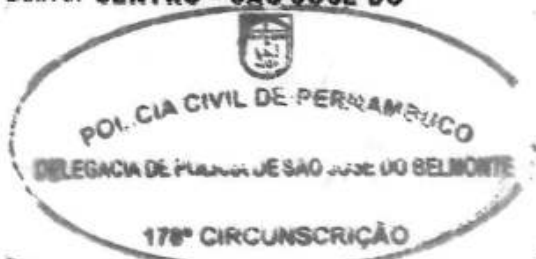
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1,
BR-232 - DISTRITO DO BOM NOME - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
LUIS ALVES DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): LUIS ALVES DA SILVA**



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

**LUIS ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
APOLINÁRIA DA SILVA Pai: CÍCERO ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 28/12/1955
Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9242384/SDS/PE
(RG), 212415464E7 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87999449462**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, ASSENTAMENTO
BOA VISTA - DISTRITO DO BOM NOME - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO
JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): LUIS ALVES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PCE4853** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Chassi: **3C2KC2506JR101893**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NA DATA DO SINISTRO O VEÍCULO ENCONTRAVA-SE EM NOME DE**
DÂNELA SABRINA ALVES DA SILVA RENAVAM: 1132308425

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL A PESSOA DE LUIS ALVES DA SILVA, COMUNICANDO QUE POR VOLTA DAS 11H DO DIA 28/12/2018, O MESMO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, PELA BR-232 NO SENTIDO DO ASSENTAMENTO BOA VISTA(SUA RESIDÊNCIA) COM DESTINO AO DISTRITO DO BOM NOME. QUE A VÍTIMA SE DISTRAIU E AO OLHAR PARA TRÁS, PERDEU O CONTROLE E SAIU DA RODOVIA, VINDO A CAIR NO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LEONIDAS PEREIRA DE MENESES, ONDE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MESTRE VITALINO, EM CARUARU. QUE A VÍTIMA FRATUROU A PERNA ESQUERDA E DEVIDO A CIRURGIA A QUAL FOI SUBMETIDO, O MESMO APRESENTOU TRANBOSE PROFUNDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CONFORMA LAUDO MÉDICO. NADA MAIS A ACRESCENTAR, ENCERRO PRESENTE BOE.

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

LUIS ALVES DA SILVA
(VÍTIMA)B.O. registrado por: **VIVALDO JOSE GUIMARAES XAVIER DO CARMO -**
Matrícula: **220973-0**

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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	212.415.464-87	Luiz Alves da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Luiz Alves da Silva		212.415.464-87
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	At Boa Vista	89
Bairro:	Cidade:	Estado:
Alto Boa Vista	São José do Belmonte	PE
E-mail:	CEP:	Complemento:
	56950-600	Casa
	Tel.(DDD):	
	87-9634-4907	

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

RENDAMENTO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0914	AGÊNCIA: _____
CONTA: 63785	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
	Vítima deixou nascituro (val nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 29/04/2019

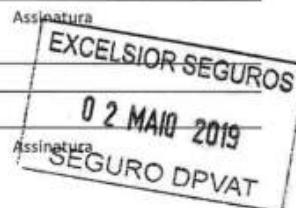
Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____



(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Luiz Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00015841 Data: 28/12/2018 Hora: 12:48
Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO
Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)
Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA
Cartão SUS: 127136955640000 RG: IDENTIDADE
Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO
Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:
Tax: ☐ °C FR: ☐ lpm FC: ☐ bpm HGT ☐ mg/dl PA 120 x 80 mmHg Peso: ☐ kg
Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

paciente vítima de acidente
de trânsito ocorrido em 13/05/2019
em João Pessoa (PB)

Hipótese Diagnóstica:

fratura de fêmur / luxação de joelho

Conduta Terapêutica:

Aposentado OPA-FAL PB



Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Médico

Enfermeiro

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e ou Responsável

Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054



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:	31/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000063785-9

Nr. da Autenticação AB7DE5B6E52288DF





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CONTA CONTRATO	MÉDIANO
2278076019	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARCELA PRÓXIMA LEITURA
02/04/2019	25/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	64.50

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
055958001	UNICA	26/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2019	2000136769	3672821

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	80,0000000	0,75293374	60,2346696
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,5000000
ICMS Subversão-CDE-AF 048313558-2501/179			0,7800000
PRO-CRIANÇA-(0813412-8860 0800 031 8888			0,9800000

TOTAL DA FATURA

64-50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (VW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301021621	CA1	23/05/2019	18.473,00	26/05/2019	18.553,00	32	1,00000		80,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Year	Cases
MAR 19	2019	60
APR 19	2019	117
MAY 19	2019	124
JUN 19	2019	94
JUL 19	2019	252
AUG 19	2019	343
SEP 19	2019	262
OCT 19	2019	292
NOV 19	2019	268
DEC 19	2019	250
JAN 20	2020	218
FEB 20	2020	264
MAR 20	2020	372

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
ICMS	60,20	25,00	15,05
PIS	60,20	1,01	0,61
COFINS	60,20	4,70	2,83

condição de compra

Geração de energia	R\$ 18,55	37,21%
Transporte	R\$ 2,76	4,58%
Distribuição (Cabo)	R\$ 12,32	21,42%
Perdas de energia	R\$ 0,57	0,79%
Escassez Setorial	R\$ 3,33	5,53%
Tributos	R\$ 18,46	30,80%
Total	R\$ 49,99	100%

TARIFAS APLICABLES

Consumption of alcohol

0.02156200

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de funcionamento da Associação ANEP, 414.00121, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.24gas.com.br

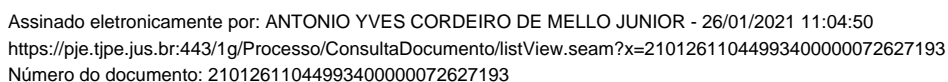
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR MENSAL R\$/Mês	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO		
					NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					MINIMO	MAXIMO	
DIC	0,02	9,43	10,88	71,73	220	302	231
FC	1,20	2,30	8,90	13,20			
DMC	0,06	3,11	5,05	6,00			

London: Taylor & Francis, 1995. 128 pp. £12.50. ISBN 0 203 19300 1.

TUSD - Valor del Encargo de Uso del Sistema de Distribución = \$9.12 m

TAXA DE CARGA (%)	NÍVEIS DE TENSÃO	
	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvigoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JULIA MARTA ALVES DA SILVA
CPF: 029.016.454-02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AT BOA VISTA 89

ALTO BOA VISTA/SÃO JOSE DO BELMONTE
56950-000 SÃO JOSE DO BELMONTE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,86

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
24/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
24/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
059436217

CONTA CONTRATO
007006041226

Nº DO CLIENTE
2010224811

Nº DA INSTALAÇÃO
0005337417

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

28BE.8A69.8029.C4C7.87A4.5808.E746.E620

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	97,00	0,54135527	52,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 051898279-21/02/19			0,57
Multa por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,48
Juros por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,23
Atualização IGPM-NF 048038646 - 24/01/19			1,07
TOTAL DA FATURA			56,86

EXCELSIOR SEGUROS
13 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Reav	Valor	Vencido	Di Reav	Valor
01/04/19	24/04/19	69,43	01/03/18	23/03/18	45,60
28/02/19	25/03/19	74,42	04/10/15	04/10/15	39,09

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla
débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir
cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de
cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,36509020	ABR 19	97
		MAR 19	125
		FEV 19	137
		JAN 19	147
		DEZ 18	117
		NOV 18	164
		OUT 18	151
		SET 18	173
		AGO 18	149
		JUL 18	144
		JUN 18	153
		MAI 18	74
		ABR 18	78

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	15,84 30,17
Transmissão	2,35 4,48
Distribuição (Celpe)	10,97 20,89
Encargos Setoriais	2,82 5,37
Tributos	17,08 32,52
Perdas de Energia	3,45 6,57
TOTAL	52,51 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
52,51	25,00	13,12	52,51	1,35	0,70	52,51	6,21	3,26

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003154438970	CAT	25/03/2019 1.629,00	24/04/2019 1.726,00	30	1,00000	0,00	97,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/05/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		fev/2019			
DIC-No.de horas sem Energia		1,35	11,94	23,89	47,79
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,35	6,58	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,69					

Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! posto de medicamentos vieira l: rua capitao rufino barbosa leal 13 bom nome / posto ferraz: r capitao rufino barbosa leal 13 bom nome Lista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 22,50. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006041226	04/2019	56,86	02/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

autatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login, neoener Este cartão não será usado em futuras faturas.





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luiz Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luiz Alves da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464 / 87, 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>Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Itapecuru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56912-130</u>	Tel. (DDD): <u>87-9634-4907</u>

Local e Data: Itapecuru 26/04/2019

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

DLRL.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Pamala Sabrina Alves da Silva
RG nº 10.137.393, data de expedição 06/04/2017
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 036.736.964-70
com domicílio na cidade de Itaíba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 9, nº 100A,
complemento Apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Lein Alves da Silva, cujo o condutor era
Lein Alves da Silva.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 160 start Ano: 2017/2018
Placa: PCE 4853 Chassi: 9C2KC2500JR101893
Data do Acidente: 23/12/2018

Local e Data:

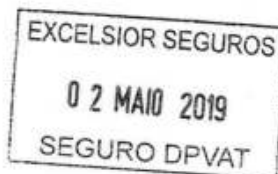
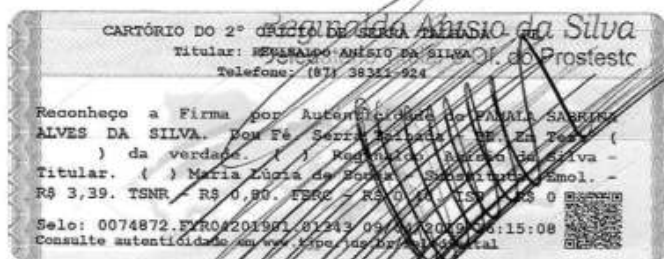


Local e Data: Serra Talhada 29/03/2019

x Bruna Salveina Aires da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00015841 Data: 28/12/2018 Hora: 12:48
Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO
Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)
Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA
Cartão SUS: 127136955640000 RG: IDENTIDADE
Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO
Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:
Tax.: [] °C FR: [] irpm FC: [] bpm HGT [] mg/dl PA 120 X 80 mmHg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

paciente vítima de acidente de trânsito provocado por a queda de galho (E)

Hipótese Diagnóstica:

fratura de galho (E) / luxação de galho (E)

Conduta Terapêutica:

Após o trauma OPA - FAL (B)



Observação [] Internação [] Transferência [] Recusa Medicação [] Evadiu-se [] Alta [] Óbito []

[Assinatura]
Médico

[Assinatura]
Enfermeira

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e ou Responsável

Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054



Paciente: LUIZ ALVES DA SILVA	De. Nasc.: 20/12/1955	Dados do Atendimento Data/Hora Atend.: 24/01/2019 13:45
Sexo: Cartão SUS: MASCULINO 700804970138580	Idade: 53 Anos 1 Mês 21	Prontuário: 65387 Leito: CLIMED_ENF
Mãe: MARIA APOLINARIO DA SILVA	Contatos:	Nº Atend.: 00193126
Endereço: SÍTIO FAZENDA BOA VISTA, Bairro: ZONA RURAL Cep: 56909485 Cidade: SERRA		Serviço: Profissional: LEONARDO FUSCO RIEGERT
ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA POR RECURSOS PÚBLICOS		

RESUMO DE ALTA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 11 DIAS COM FRATURA DE MIE E CIRURGIA ORTOPÉDICA PARA CORREÇÃO. RELATA QUADRO DE DOR ABDOMINAL, TOSSE COM EXPECTORAÇÃO SANGÜÍFENTA E FEBRE - PRINCIPALMENTE À TARDE - 3 DIAS APÓS À CIRURGIA. AO SER QUESTIONADO, REFERE TAMBÉM EPISÓDIOS DE VÔMITOS SANGÜÍFENTOS, ESCURECIDOS, DE ODOR FÉTIDO, NESSE PERÍODO. NEGA DISPNEIA.

NEGA CONDIÇÕES E USO DE MEDICAÇÕES DOMICILIARES
CIRURGIAS PREVIAS: ORTOPÉDICA (FRATURA DE FÊMUR HA 2 ANOS)
NEGA HTF, NEGA ALERGIAS
TABAGISTA: HA 30 ANOS, FUMOU DE ROLO (CERCA DE 2/DIA)
EX ETILISTA: POR 10 ANOS, PAROU HA 5 ANOS, NAO SABE QUANTIFICAR
EPIDEMIOLOGIA POSITIVA PARA ESQUISTOSSOMOSE, NEGATIVA PARA CHAGAS, RELATA CONTATO COM ANIMAIS (VACINADOS)

CID 10 PRINCIPAL: I26

CID SECUNDÁRIO: J15

PROCEDIMENTO REALIZADO

ANTIBIOTICOTERAPIA

RESUMO CLÍNICO

Evolução/ Intercorrências/Medicações Relevantes:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA EM MIE, APÓS ACIDENTE DE MOTO, HA CERCA DE 46 DIAS. REALIZOU CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA FRATURA, EM SERRA TALHADA, RECEBENDO ALTA 5 DIAS APÓS ADMISSÃO, COM BOM QUADRO CLÍNICO. TRÊS DIAS APÓS ALTA, EVOLUIU COM EDEMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM DOR NO LOCAL. DOIS DIAS APÓS O INÍCIO DO EDEMA, APRESENTOU TOSSE COM EXPECTORAÇÃO SANGÜÍFENTA (SANGUE RUTILANTE), COM PRESENÇA DE SANGUE COAGULADO EM ALGUNS MOMENTOS, ASSOCIADO COM FEBRE (NAO APERIDA), PRINCIPALMENTE À TARDE. LEVE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO QUE PIORAVA AO ESFORÇO E DOR EM HEMITORAX DIREITO, EM FURADA/VAZANDO, QUE IRRADIAVA PARA HEMITORAX DIREITO E FLANCO DIREITO E PIORAVA AO ESFORÇO E ESFORÇO INSPIRATÓRIO. NEGA VÔMITOS. ADMITIDO NESSE SERVIÇO NO DIA 24/01/2019, COM TOMOGRAFIA DE TÓRAX QUE EVIDENCIAVA HEMORRAGIA NO PARENQUIMA PULMONAR E RADIOGRAFIA DE TÓRAX ONDE SE VIA OPACIDADE EM TERÇOS MÉDIO E INFERIOR DE HEMITORAX DIREITO, OFICADO CEFOTAZIDIMA (D7) E AMICACINA (D5) SOB A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE INFECÇÃO TRATO RESPIRATÓRIO E SOLICITADO TOMOGRAFIA DE TÓRAX SEM CONTRASTE NO SERVIÇO PARA ELUCIDACÃO DO QUADRO. PACIENTE EVOLUIU COM PIORA CLÍNICA, COM LEUCOCITOSE EM ASCENSÃO E AUMENTO DO PCR, SENDO RODADO ESQUEMA DE ANTIBIÓTICO PARA CEFEPIME (D10) + METRONIDAZOL (D6). REALIZADO NOVA TAC DE TÓRAX COM CONTRASTE ONDE FOI EVIDENCIADO SINAIS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, INICIADO ANTICOAGULAÇÃO PLENIA COM OLEXANE, EVOLUIU COM MELHORA CLÍNICA. USG DOPPLER DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EVIDENCIOU TPO EM VEIA FEMORAL COMUM ESQUERDA E POPLITEA. APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL, RECEBENDO ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. PRESCRIÇÃO DE RIVAROXABANA, COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO SERVIÇO.

Condições de alta / Transferência

☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ALTA: I26

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS A ALTA: J15

DESTINO

☒ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferido para:

☐ Outros

Marcação Ambulatório de Egresso - Encaminhamento

☒ Sim ☐ Não CLÍNICA MÉDICA- DR. GSHUNDO- COM 3 MESES

CARUARU, 10/02/2019

DILANE CRISTINA FERREIRA TAVARES - CRM: Nº 22419

HMV - Hospital Mestre Vitalino
Av. Amazonas, nº 175 Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104
CEP: 550.164 - 30

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

Luiz Alves da Silva



HOSPITAL
MESTRE VITALINO



Prontuário: 65387	Data do Pedido: 06 de Fevereiro de 2019
Nome: LUIS ALVES DA SILVA	
Pedido: 114283	Data do Exame: 08 de Fevereiro de 2019
Médico Solicitante: DILANE CRISTINA FERREIRA TAVARES	
Setor: CLINICA MEDICA	
Idade: 63a 1m 22d	Exame: US DOPPLER DE UM MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
PESQUISA DE TVP

Indicação:

Estudo realizado em caráter de urgência para pesquisa/avaliação de trombose venosa profunda em membro inferior, segundo requisição médica.

Análise:

Percebo trombo levemente ecogênico que preenche parcialmente as veias femoral comum e poplitea, inferindo trombose venosa profunda. O trombo não preenche totalmente o vasos supracitados (oclusão cerca de 80% do calibre do vaso), havendo fluxo parcialmente periférico nesses segmentos ao estudo Doppler.

Dr. Filipe Aragão Félix
CRM PE 16785

FILIPES ARAGÃO FÉLIX
CRM: 16785

HMV - Hospital Mestre Vitalino
Av. Amazonas, 175 - Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104
CEP: 55.015-430



Paciente: LUIZ ALVES DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/12/1955	Dados do Atendimento Data/Hora Atend.: 24/01/2019 10:39
Sexo: Cartão SUS: MASCULINO 700804970138580	Contatos: Idade: 63 Anos 1 Mês 10	Prontuário: 65387 Leito: OBSOME_EM
Mãe: MARIA APOLINARIO DA SILVA		Nº Atend.: 00193126
Endereço: SÍTIO FAZENDA BOA VISTA, Bairro: ZONA RURAL Cep: 56909485 Cidade: SERRA		Serviço:
ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA POR RECURSOS PÚBLICOS		Profissional: LEONARDO FUSCO RIEGERT

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

INFECÇÃO COMUNITÁRIA: É A INFECÇÃO CONSTATADA OU EM INCUBAÇÃO NO ATO DE ADMISSÃO DO PACIENTE, DESDE QUE NÃO RELACIONADA COM INTERNAÇÃO ANTERIOR NO MESMO HOSPITAL.
INFECÇÃO HOSPITALAR: É QUALQUER INFECÇÃO ADQUIRIDA APÓS A INTERNAÇÃO DO PACIENTE (72 HORAS) E QUE SE MANIFESTA DURANTE A INTERNAÇÃO OU MEMO APÓS A ALTA, QUANDO PUDER SER RELACIONADA COM A INTERNAÇÃO OU PROCEDIMENTOS HOSPITALARES.

DIAGNÓSTICO(S) DE BASE (POR EXTENSO):

- 1- ITR
- 2-
- 3-

SE A INFECÇÃO É COMUNITÁRIA MARQUE AQUI: ☒ QUAL O PROVÁVEL SÍTIO? PULMONAR

SE A INFECÇÃO É HOSPITALAR MARQUE AQUI: ☐

MARQUE ABaixo O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO INFECIOSO PROVÁVEL DA INFECÇÃO HOSPITALAR:

INFECÇÃO PRIMÁRIA CORRENTE SANGÜÍNEA: <input type="radio"/> ICS NÃO ASSOCIADA À CATETER CENTRAL <input type="radio"/> ICS ASSOCIADA À CATETER CENTRAL	É PNEUMONIA NOSOCOMIAL: <input type="radio"/> NÃO ASSOCIADA À VENTILAÇÃO <input type="radio"/> ASSOCIADA À VENTILAÇÃO (PAV)	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO: <input type="radio"/> NÃO ASSOCIADA À SVD <input type="radio"/> ASSOCIADA À SVD (ITU-AC)
<input type="radio"/> INFECÇÃO SECUNDÁRIA DE CORRENTE SANGÜÍNEA - SEPSIS <input type="radio"/> SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="radio"/> INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO <input type="radio"/> PELE E TECIDOS MOLES	<input type="radio"/> GASTROINTESTINAL <input type="radio"/> OUTROS: -

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE EM D7 DE CEFTAZIDIMA + AMICACINA COM PIORA DO LEUCO + PCR + PIORA CLÍNICA

ANTIBIOTICOTERAPIA: ☐ PROFILÁTICA ☒ TERAPÊUTICA

COM O OBJETIVO DE:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> INÍCIO DE TRATAMENTO | <input type="checkbox"/> ADIÇÃO DE DROGA | <input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE TRATAMENTO | <input type="checkbox"/> AUMENTO DA DOSE |
| <input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO DA DOSE | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DA VIA DE ADMINISTRAÇÃO | <input type="checkbox"/> AUMENTO DO TEMPO DE USO | |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: | | | |

ANTIMICROBIANO SOLICITADO	POSOLOGIA	DATA DE INÍCIO	PREVISÃO DE DIAS DE TRATAMENTO
CEFEPIMA	1G 8/8H	30/01/2019	10 D
METRONIDAZOL	500 MG 8/8H	30/01/2019	10 D

TEM CULTURA DE OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ RESULTADO:

SOLICITOU CULTURAS? ☐ QUAIS? HEMOC / UROC

Atenção

- A PRESCRIÇÃO DE UM ANTIBIÓTICO É UM ATO MÉDICO QUE IMPLICA EM UMA JUSTIFICATIVA PERTINENTE. COLABORE PREENCHENDO OS DADOS DE MANEIRA RESPONSÁVEL.
- O Serviço de Farmácia somente poderá liberar o medicamento mediante apresentação da ficha de solicitação de antimicrobiano devidamente preenchida.

CARUARU, 30/01/2019

ANTONIO ROMÃO LEÃO DE DEUS - CRM: Nº. 18690

Dr. Antonio Romão Leão de Deus
Endocrinologia e Clínica Médica
CRM 18690

HMV - Hospital Mestre Vitalino
Av. Amazonas, nº 175 Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104
CEP: 550.164 - 30





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luiz Alves Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 2 7 1 3 6 9 5 5 6 4 0 0 0 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/12/1955

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Maria Apolinária da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

Assentamento Boa Vista

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

PE

19 - CEP

56910000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença pulmonar MIE, edema
+ dor e inchaço no membro superior
+ febre + dispneia progressiva
MIE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico e Rx pulm

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA PLATO TÍPIAL E

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
26139095993-0
02
12
10.01.19 a 15.01.19
Ilo Pereira de Andrade Melo
CPF: 153.272.214-15 CRM: 8893
Médico Autorizador



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO: 02/01/2019 11:07
MÉDICO SOLICITANTE: ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 015926	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: LUIZ ALVES DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO: 524289
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 20/12/1955	SEXO: Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA APOLINARIA DA SILVA		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): ASSENTAMENTO BOA VISTA, ZONA RURAL		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. IBOE MUNICÍPIO: 2613909	UF: PE
CEP:		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT. FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA
CID 10 PRINCIPAL:
CID 10 SECUNDÁRIO:
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
02/01/19 11:07 ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
02/01/19 11:07	Em digitação	0h:0m:8s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
02/01/19 11:07	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

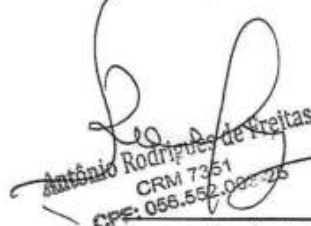
Data Atend: 10/01/2019		Atendimento: 0007793		Quarto/leito: 202 / 1	
Paciente: 00063797 - LUIZ ALVES DA SILVA					
Data Nasc: 20/12/1955		Idade: 63 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: AGRICULTOR		Naturalidade: SERRA TALHADA		Estado Civil: Casado	
Nome Pai: CICERO ALVES DA SILVA			Nome Mãe: MARIA APOLINÁRIA DA SILVA		
Endereço: ASSENTAMENTO BOA VISTA, 0 - ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE					
Telefones: () . / () . / (87) 9964.49452					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()					
Suicídio () Casual () Outros ()					
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
<i>Doença hipertensiva MIE, deformidade cardíaca, fígado E, calveles do e hepatomegalia. Freqüente MIE</i>					
Diagnóstico Inicial:					
<i>Ferr. PLATO TUBAL (E)</i>					
SADT:					
Diagnóstico Final:					
<i>Ferr. PLATO (E)</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>		Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Óbito em ____/____/____		Data do Internamento: <i>10, 1, 13</i>			
Hora: _____		Data da Alta: <i>15, 1, 13</i>			
		Local: _____			
		<i>[Assinatura]</i>			
		Médico Responsável			





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/01/2019	Atendimento: 0007793	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00063797 - LUIZ ALVES DA SILVA		
Cirurgia Realizado: <i>otossusotomia</i> <i>Pluto Tiliat</i>		N. do Procedimento: <i>0408030551</i>
Data: <i>10.01.19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Edio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Clóvis</i>		
<p>DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Sob anestesia geral com MIF +</i> <i>seus e face lateral esquerda e com</i> <i>plano de plano plano plano</i> <i>foco frontal. Adução e otossusotomia</i> <i>Usando o plano 4.5 cm 6/2x4.5 cm</i> <i>de Prescrito ESRON 500</i> <i>02 g corticoides 4.5</i> <i>03 Fios KIRSHWANG.</i> <i>Radioscopia - sutura no plano</i> <i>+ Prescrito</i></p>		
 Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPE 056.562.000-26		Assinatura do Cirurgião





ATENÇÃO !

Unidade conveniada ao SUS, toda cobrança é proibida.
Denúncias: (87) 3929.3571

NOME: LUIS ALVES DA SILVA
DATA: 27/03/2019

RECEITUÁRIO

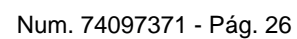
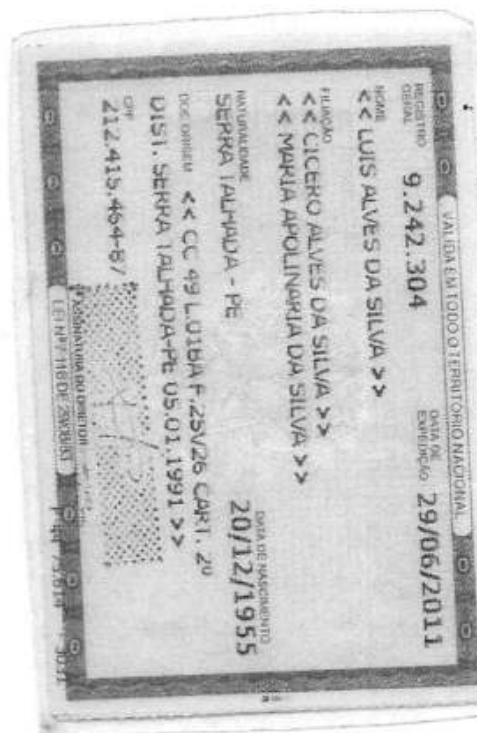
PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ BELMONTE

PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME PÓS FLEBÍTICA, SECUNDARIA, A
UMA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA QUE OCORREU APÓS UM
ACIDENTE DE MOTO.
TEVE NA OCASIÃO TAMBÉM UMA EMBOLIA PULMONAR.
NECESSITA MANTER-SE SOB O ANTICOAGULANTE XARELTO 20 POR
MAIS 5 MESES PELO MENOS.
ESSE LAUDO É PARA VER SE ELE CONSEGUIR O TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO PELO SUS

Dr. ROSA ELIZABETH MENEZES MAGALHAES CRM:

Dr. Rosa Elizabeth Menezes Magalhães
CRM: 5912
O.R. 1820





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITADO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITADO

1017067334
VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1017067334
PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5876802 SDS PE

CPF 051.394.744-25 DATA NASCIMENTO 19/08/1983

FILIAÇÃO
ARCENO FERREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

POSSESSÃO ACC CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO 04935894409 VALIDEZ 18/11/2019 1ª HABILITAÇÃO 06/05/2010

OBSERVAÇÕES
A

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL SERRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO 19/11/2014

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO EMISSOR 47011844455 PRO 63050153

DETAN - PE - PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: 9

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP: 56.903.480

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



SEDEX

☐ AR ☐ MP
Correios

PESO (kg) 2,921

DY 00707356 3 BR

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175
RECIFE ANTIGO
RECIFE-PE
50.030.000



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 25 de 04 de 2019

X Seio Al Basila



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

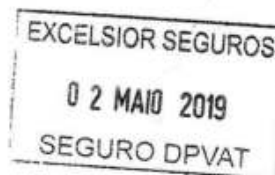
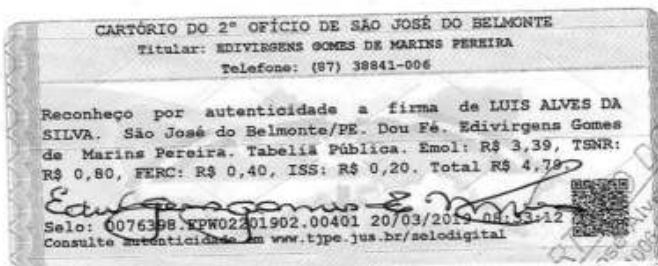
1. Outorgante Luiz Alves da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 9.242.304, expedido por SDS-PE, em
29/06/2011, inscrito no CPF sob o nº 212.415.464-87, residente na
At Boa Vista, nº 89
complemento Casa, Bairro Alto Boa Vista, cidade
São José do Belmonte, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 07 de 02 de 2019

Outorgante X Luiz Alves da Silva



Imaculada / 28/12/20



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147072/19

Número do Sinistro: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

CPF: 212.415.464-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUIS ALVES DA SILVA : 212.415.464-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

