
Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200418939

Vítima: EDIVALDO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 31/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDIVALDO JOSE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200418939

Vítima: EDIVALDO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 31/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIVALDO JOSE 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **EDIVALDO JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000062326-0**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.668.604-71 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Edvaldo Jose da Silva 6 - CPF: 042.668.604-71
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R. São Sebastião 9 - Número: 187 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55644-130
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (81) 938499621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 62326 0 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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
assinatura
vítima ou
beneficiário
ou representante

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, Gravata, 20/11/2020

Edvaldo Jose da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Edivaldo Jose da Silva
EDIVALDO JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER 112ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0152000618**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/02/2020** às **10:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **31/12/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, VIA LOCAL** - Bairro: **CENTRO** -
GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **RODOVIARIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
EDIVALDO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDIVALDO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **QUITERIA SEVERINA DA SILVA** Pai:
JOSE FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: **17/7/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SAO SEBASTIAO, 187 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

CICLOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDIVALDO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDIVALDO JOSE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ7412 (PERNAMBUCO/GRAVATA)** Chassi: **LXYXCBL06F0215807**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE EDIVALDO JOSE DA SILVA, O MESMO RELATA QUE PILOTAVA O SEU CICLOMOTOR DE PLACA PDQ7412 PELA VIA LOCAL DA BR 232, PROXIMO A RODOVIARIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, SENDO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.668.604-71 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Edvaldo Jose da Silva 6 - CPF: 042.668.604-71
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R. São Sebastião 9 - Número: 187 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55644-130
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (81) 938499621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 62326 0 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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou autorizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, Gravata, 20/11/2020

Edvaldo Jose da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)




Gravatá, 18 de fevereiro de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **EDIVALDO JOSÉ DA SILVA** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 31 de dezembro de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico, ID n ° 0299, no município de Gravatá, Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá

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: 16/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVALDO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000062326-0

Nr. da Autenticação EC6B221BF070D996

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


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
Ouvidoria 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
ISABELA CAROLINA DE ALBUQUERQUE
CPF: 075.343.624-82 NIS: 20063381898

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO SEBASTIAO 187

CENTRO/GRAVATA
55644-130 GRAVATA 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
22/10/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
15/10/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
15/10/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
128061442

CONTA CONTRATO
007029652710
Nº DO CLIENTE
2016613594
Nº DA INSTALAÇÃO
0001279926

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
873E.DE24.1F19.C3D3.5DDC.EB51.4DFE.2BB7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10832999	3,24
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,18570856	12,99
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	26,00	0,27856284	7,24
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09262775	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,15879043	11,11
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	26,00	0,23818564	6,19
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
TOTAL DA FATURA			51,28

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	43,54	0,90	0,39	43,54	4,19	1,82

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10281600	OUT 20	kWh 126
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17625600	SET 20	154
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,26438400	AGO 20	122
Consumo-TE até 30 kWh	0,08791300	JUL 20	118
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15070800	JUN 20	125
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22606200	MAI 20	110
		ABR 20	122
		MAR 20	107
		FEV 20	119
		JAN 20	77
		DEZ 19	103
		NOV 19	95
		OUT 19	98

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	19,07	43,80
Transmissão	2,70	6,20
Distribuição (Celpe)	14,22	32,66
Encargos Setoriais	0,78	1,79
Tributos	2,21	5,08
Perdas de Energia	4,56	10,47
TOTAL	43,54	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003011113292	CAT	15/09/2020	7.241,00	15/10/2020	7.367,00	30	1,00000	0,00	126,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/11/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2020					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 12,22			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,28					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,69 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	131 mg/dl	P.A.	120 x 60
F.C.	128	F.R.	94		

transfusão HR

Seu
5849 970

Rodrigo Lira
Médico
CRM-PE 28885

ALTA

HORA:

19:11

DATA

31/12/19

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☒

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Rodrigo Lira
Médico
CRM-PE 28885

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SEC	PRONTUÁRIO: 1327023	ATENDIMENTO: 01531060
DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1981	FOI ATENDIDO EM: 31/12/2019 Às 21:17	
	DATA DA ALTA: 08/01/2020 ÀS 05:35	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE CZO (E) + MAXILA (E) + PARASSINFISE MANDIBULAR (D) + SINFISE MANDIBULAR,
CID: S02.8;
NECESSITA DE 30(TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR;

Tratamento Realizado:

BARRA DE ERICH + BMM INSTALADO DESDE O DIA 04/01/2020;
REDUÇÃO INCRUENTA DE CZO (E)- 05/01/2020;

Observação:

MANTER DIETA LIQUIDA E PASTOSA;
HIGIENE ORAL RIGOROSA;
ORIENTO E PRESCREVO;

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 11/02/2020, ÀS 07:00 HORAS;
TRAZER TODOS EXAMES;
ACEITO ENCAIXEI

DEMOSTENES ALVES DINIZ - CRO: Nº.13314

Dr. Demostenes Diniz
Cirurgião Dentista
Bacharel em Odontologia
Residente JIR/UPE
CRO-PE 13-314

Recife, 06, JANEIRO ,2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

hora: 19:38



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 443339

PACIENTE: EDIVALDO JOSE DA SILVA

GENITORA: QUITERIA SEVERINA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1981

IDADE: 38

ENDEREÇO: SANTO ANTONIO

BAIRRO: PRADO

PONTO DE REFERENCIA: CASA

DATA: 31/12/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:03

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 322

CIDADE: GRAVATA

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: PRIMA ADRIANA

HDA

Tram de free

EXAME FÍSICO

tram de washbula

EXAMES SOLICITADOS

HD

Poli...

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
Florianópolis



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SBC	PRONTUÁRIO: 1327023	ATENDIMENTO: 01531060
DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1981	FOI ATENDIDO EM: 31/12/2019 ÀS 21:17	
	DATA DA ALTA: 08/01/2020 ÀS 05:35	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE C20 (E) + MAXILA (E) + PARASSINFISE MANDIBULAR (D) + SINFISE MANDIBULAR.
CID: S02.8;
NECESSITA DE 30(TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR;

Tratamento Realizado:

BARRA DE ERICH + BHM INSTALADO DESDE O DIA 04/01/2020;
REDUÇÃO INCRUENTA DE C20 (E) - 05/01/2020;

Observação:

MANTER DIETA LIQUIDA E PASTOSA;
HIGIENE ORAL RIGOROSA;
ORIENTO E PRESCREVO;

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DORCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 11/02/2020, ÀS 07:00 HORAS;
TRAZER TODOS EXAMES;
ACERTO ENCAIXE!

Dr. Demostenes Brito
Cirurgião Internodonto
BOM - PIAUÍ-FACED
Residência JRM/UFPE
CRATOPI 11314

DEMOSTENES ALVES BRITO - CRO: Nº.13314

Recife, 06, JANEIRO, 2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SJC

PRONTUARIO: 1327023

SEXO: Masculino

DATA NASC: 17/07/1981

DATA/HORA: 08/01/2020 08:07

ATENDIMENTO: 1531060

Leito: 605-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 08/01/2020

Hora: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

VISTO CONSCIENTE; ORIENTADO; EUPNEICO; NORMOCORADO; EG. REG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO E EQUIMOSE PERIORBITARIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; OPN FIRME AO TOQUE; SEM QUEIXA RESPIRATORIA, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR MOBILIDADE NOS MAXILARES A CUSTA DE BARRA DE ERICH + BHM INSTALADA DESDE O DIA 04/01/2020. OCLUSÃO ESTÁVEL.

EXAME LAB DIA04/01/2020: LEUCO DE 12.39/K8 DE 13.0/149 GLICOSE

ETC DE FACE SUGERE FRATURA DE ZIGOMA (E); MAXILA (E) PARASINFISE (D) E SINFISE MANDIBULAR.

CD:
ALTA BHM

AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU COM 30 DIAS.

Dr. Daniel José Nogueira
Coordenador de Atendimento
FONE: 3222-1111
3222-1111
3222-1111



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SJC

PRONTUÁRIO: 1327023

SEXO: Masculino

DATA NASC: 12/07/1981

DATA/HORA: 07/01/2020 10:58

ATENDIMENTO: 1531060

Leito: 606-16

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 07/01/2020

Hora: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

VISTO CONSCIENTE; ORIENTADO; EUPNEICO; NORMOCORADO; EG. REG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO E EQUEMOSE PERIORBITARIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; OBN FIRME AO TOQUE; PERDA DE PROTEÇÃO EM C70 (E) MELHORADA APÓS REDUÇÃO COM GANCHO DE JARROS. IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR MOBILIDADE NOS MAXILARES A CUSTA DE BARRA DE BRICH + BPM INSTALADA DESDE O DIA 04/01/2020, OCLUSÃO ESTÁVEL.

* EXAME LAB DIA 12.10/18 DE 13.0/149 GLICOSE

OTC DE FACE SUGERE FRATURA DE ZIGOMA (E); MAXILA (E) PARASSINFISE (D) E SINFISE MANDIBULAR.

CD:

AG REGRESSÃO DE EDEMA P DEFINIR CONDUTA.


Eduardo Immanuel de Aguiar
Cirurgião Maxilofacial
BUCO-MAXILO-FACIAL
RESIDENTE HNRUM
CRM-PE 13.100



L214 606-48

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Hours: 09:47

**ORIENTO TROSCOTOMIA
AG REGRESSÃO DE EDEMA**

Dra. Jéssica Cunha
CRP/03 110.000
Belo Horizonte
Mantida no Grupo
CRP/03 2341



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDIVALDO JOSÉ DA SILVA SIE

PRONTUÁRIO: 1327023

SEXO: Masculino

DATA NASC: 17/07/1988

DATA/HORA: 04/01/2020 09:52

ATENDIMENTO: 1531060

Leito: 606-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DMA: 04/01/2020

HORA: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

VISTO CONSCIENTE; ORIENTADO; EUPNEICO; NORMOCORADO; EG, REG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO E EQUIMOSE PERIORBITARIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; OPN FIRME AO TOQUE; MAXILARES COM MOBILIDADE; ODONTOSSINTESE INSTALADO DIA 01/01/2020 EM DENTES 44 E 45 + SUTURA INTRA ORAL MANTIDA.

WTC DE FACE SUGERE FRATURA DE ZIGOMA (E), MAXILA (E) PARASSINFISE (D) E SINFISE MANDIBULAR.

CD- SOLICITO EXAME LAB
ORIENTO TRICOTOMIA
BARRA DE ERICH
TC DE FACE POS BHH

Luiz Edson de Jesus
Cirurgião Maxilomaxilar
Bucodentofacial
Residente PR/UFPE
CRM-PE 13.400

Edição Jor de Libe
1327023

21/12/19 # UN. GENTE #
22:45

Resumo TAC:

TAC Tórax: contusão pulmonar lateral
e/ ou hemo ou pneumotórax

TAC Abdom: Al. bôn de visões, hmo or
primo-petônio.

CP: O AIT= C6.

Phabio Rodrigo
716 Gênia Sotomaior
CRM - PE 19603

OTM

01/01/2020 Parete interna de acidente
motorizado

12:30 Visão completa, vedado, sob TOT

E para

Ad exa muf qzeste impossibilidade
de dechra, amidade ^{unel} e mndre dechra amda
OPN fine, mndre dechra em mndre e mndre
didade levemente em talus inferior, mndre
dechra, levemente em mndre de mndre

x dechra dechra dechra 21 e 22

Ob + mndre qzeste em mndre 30

Exa de mndre mndre mndre de mndre

Co @ dechra + c de mndre mndre @ e mndre

1 @ mndre mndre mndre 44 e 45

2 @ mndre mndre mndre mndre

3 @ mndre mndre mndre

1
Dra. J. S. Cunha
CRM - PE 19603

700.012



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SOC

PRONTUÁRIO: 1327023

SEXO: Masculino

DATA NASC: 17/07/1981

DATA/HORA: 05/01/2020 09:31

ATENDIMENTO: 1531060

Leito: 605-14

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 05/01/2020

Hora: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

VISTO CONSCIENTE; ORIENTADO; EUPNEICO; NORMOCORADO; EG. REG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO E EQUIVOSE PERIORBITARIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; OPN FIRME AO TOQUE; PERDA DE PROTEÇÃO EM CZO (E); IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR MOBILIDADE NOS MAXILARES A CUSTA DE BARRA DE ERICH + BMM INSTALADA DESDE O DIA 04/01/2020; OCLUSÃO ESTÁVEL.

#TC DE FACE SUGERE FRATURA DE ZIGOMA (E); MAXILA (E) PARASSINFISE (O) E SINFISE MANDIBULAR.

CD:
REALIZO REDUÇÃO INCRUENTA DE CZO (E);
SOLICITO TC DE FACE POS REDUÇÃO INCRUENTA.

Dr. Deivaldo José da Silva
Grupo 1 - Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
2014 - 2016 - Faculdade
de Medicina - UNB/DF
CRM 13.134



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Edivaldo José

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

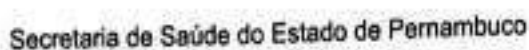
01/01/2020 Intubação Respiratória #DO TOT

até TOTIPAC, no ventilação, eufórico,
sem adiantado VM, acumulou
grande qtd de secreções problemáticas.
Ar:im U@Ant e sensor
cd: Monit. Respi
TR
TEP
Ajuste AUM
Ajuste Puff

02/01/2020 7:50 #N42

#TCE
#Marshall I

Paciente estável, sem intercorrências
nas últimas 24h. Sem queixas
EGR, eufórico, afebril, edema
em face, equimose periorbital (E).
Glasgow 15, isocórico, RFM@
Sem focais. Bom padrão respiratório
TC de crânio = sl lesões NCR
TC de cervical = sl lesões NCR
CD: Alta da NCR.



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Edimale Ins. of Lib.

4321 023

EVOLUÇÃO CLÍNICA

erbuht 03.01.20 07:30H

Paciente vítima de queda de moto, eutômica
sem trauma em face. Visto paracetamol, aspirina,
marmelos e euflex. Klimate afelut ou toque,
P.C. Regular. Ao exame Físico: calma e equânime
e perolizada (C), oclusus visus, O.R. Fímia ou
toque. Oclusus respiratório mobilizado nos
maxilares, oclusores instalados em maxilares
alunos bucais limitados à esquerda de dor, mole-
classe. F. e a face sugar - FA PRO E, Laxidade,
mandibular (corpo) e paracetamol (C).

ED: A) AG 6: Ordnung

⑤ Relative BME

Dr. Demosthenes Timiz

Средства и методы

~~Dr. Mario Facho~~

709-421347

PO: OPA. Pts a TA a PU
 ② Su, D30, A3 Rlv. PG
 ③ Lit. 2010 BWF
 ④ VAX

Dr. Demétrio Diniz
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço
 CRM 12.345
 R. 1234, 1234
 12345-678

C+BHF
 02.01.2000
 19:20

Paciente vítima de
 acidente motociclístico.
 Visto consciente, alerta,
 do: supnco, normocolor, ERegular.

AO exame apresenta edema
 e equimose periorbitário (E),
 hiperopaguma em olho (E),
 acuidade e motricidade ocular
 preservadas, mobilidade em
 maxilares, malocclusão, boa
 abertura de boca, ferimento
 em face já suturado com
 drito ou dermácina, OPN
 firme a palpção, sem
 queixa, respiratória, portador
 de autismo em mandíbula
 + de face sugere protusa
 de C70 (E), maxila (E),
 parafixase mandibular (D) e
 sugise.

CD: Ag. cortes coronal + axial
 paciente cirúrgico ELETIVO
 acomp. BHF

Dr. André Aguiar
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço
 CRM 12.345
 R. 1234, 1234
 12345-678



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edivaldo José Silva

6 - Nº DO BRANQUEAMENTO

1327023

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - ENDEREÇO DE CONTATO

FOTOGRAFIA HR

Data: 31/12/19

Médico: [assinatura]

13 - CÓD. PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

PRAC Clavio

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

PRAC Cervical

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

PRAC FACE com Reconstrução 3D

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

PRAC TORAX Sem Conduto

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

PRAC Abdome com Conduto

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

15 - CÓD. PROCEDIMENTO

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

17 - CÓD. PROCEDIMENTO

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

19 - CÓD. PROCEDIMENTO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Politrauma

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/12/19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

[assinatura]
CRM 20000

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

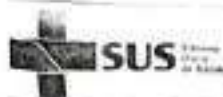
28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1/1

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eduardo José da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

15 30 961

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Tc de Face + 3D.

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

01

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pós colocação do gancho no
zigoma.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Demosthenes Lino
Correia e Traumatologia
Bucco - Maxilo-Facial
Residência HR/UPE
CRM 13.314

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05 / 01 / 2020

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Visto do REGISTRO E CONSELHO)

Dr. Demosthenes Lino
Correia e Traumatologia
Bucco - Maxilo-Facial
Residência HR/UPE
CRM 13.314

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE

Dr. Demosthenes Lino
Correia e Traumatologia
Bucco - Maxilo-Facial
Residência HR/UPE
CRM 13.314

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Visto do REGISTRO E CONSELHO)

Dr. Demosthenes Lino
Correia e Traumatologia
Bucco - Maxilo-Facial
Residência HR/UPE
CRM 13.314

Médico:

Técnico:

Cod. 0421



HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DE SOLICITAÇÃO: 31/12/19 | HORA: 19:11 | DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORÇAMENTO: 31/12/19 | Nº QUARTÃO 811

NOME DO PACIENTE: EDUARDO JOSE DA SILVA | IDADE: 38

ENDEREÇO DO PACIENTE: | TELEFONE: |

PROFISSIONAL: |

RESUMO DO PACIENTE:

Desmaio de face há 1h com agitação
de olhos no manito FC: 128, saturação 94%
em O2 ambiente, FC 128 bpm

AS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: X mmHg | RESPIRAÇÃO: bpm |
PULSO: bpm | TEMPERATURA: °C

DE CONSCIENTIZAÇÃO: ALERTA | VERBAL | SONOLENTO | CONFUSO | SEM RESPOSTA | GLAUCOMA: 11

DE NÍVEL: M | NÃO (+ + + + +) | SIM NÃO (+ + + + +) |
DEHIDRATADO | DIABÉTICO |
DEHIDRATADO | INTENSO

DE ASSOCIAÇÃO: DIABETE | HUA | ID | SÍNDROME AVO | DPOC | OUTROS

PROFISSIONAL REALIZADA	DOSAGEM	INDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM

DE COMPLEMENTAÇÃO: NORMAL | RX TORAX |
RX ABDOME |
TOMOGRAFIA: | OUTROS: |

EXAME: RT | LUNGO | GPC | TPO | TEP | ARIAS | URINA: |

ASSINATURA DO PACIENTE REALIZADA:

DATA: 31/12/19 | HORA: 19:11 | LOCAL: Hosp. Dr. Restrepo

RESPONSÁVEL: Rodrigo Lima | Médico | CRM: 28885 | 5849970 | SECHAS BASHA

D. Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIE	Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas
Glasgow: Abertura Ocular	Escalas	Glasgow: Resposta Verbal	Escalas	Glasgow: Resposta Motora	Escalas					
E. Exposição/Abdômen										
<p>Plano, flácido, doprimal, normal; sinal de irritação peritoneal</p> <p>Elevação em flexão (+)</p> <p>Pálpebra normal</p>										
Diagnóstico Inicial:								Cod. Procedimento		
Poli-trauma										
Conduta:								Ass. Médico		
<p>Sol TAC CERVICAL + CERVICAL +</p> <p>TORAX + ABD + IC</p> <p>DRAX CG</p> <p>3/4 NCR</p>										
Evolução de Enfermagem:								Ass. Enfermagem		

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido
<input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Piorado
Internado na Clínica:		Óbito	
Transferido para:			

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: 08/10/20 Hora: 08:00

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

No. da identidade:

Assinatura:

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data:

Nome completo legível:

No. da identidade:

Assinatura:

Data e Hora Impressão: 31-Dez-19

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 31/12/2019 21:09

Nome Paciente: EDIVALDO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 17/07/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 40033
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 31/12/2019 21:12 - 31/12/2019 21:12

MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 3 H, ESTAVA ALCOOLIZADO E USAVA CAPACETE ABERTO, CHEGA AO SERVIÇO EM TOT, AVM, CORTE CONTUSO EM MENTO

Observação: SENHA 5849970 HOSP. DE GRAVATA

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

NOR 31/12/19 21:00

acidente moto, uso de capacete alcoolizado. Gravidade desconhecida
apresenta convulsão no transporte, sendo intubado
~~e apresenta convulsão~~

GCS 3, pupila reativa e miótica
(sujeito pleurótico?)

no momento sem secreção A nasal GCS.
aparecimento de trauma e aneuria

Cristina B. Heinrich
Neurocirurgia Funcional
CRM 18.830

TC crânio e coluna
ausência de alterações
fovea fratura mandibular.

avaliação de risco

- avaliação BKF.

- monitorar sem sedação pl
avaliar GCS.

Acolhido(a) por: MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 31/12/2019 21:12



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edusildo José do Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1530961

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Tc de pre + 3D

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

24

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Toma de pre

Médico:

Técnico:

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04.01.2020

26 - ASSINATURA E CARIMBO (M.D. REGISTRO E CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (M.D. REGISTRO E CONSELHO)

EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC

HLP

1327023

17/7/1981 M 38Y

794832

31/12/2019

21.42.53.38

603 IMA 1

Manip. VRT

RHP



HOSPITAL EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC
SOMATOM Definition AS
CT 2012B *17/7/1981, M, 38Y

794832
31/12/2019
21 42 53.38
603 IMA 4
Manip. VRT

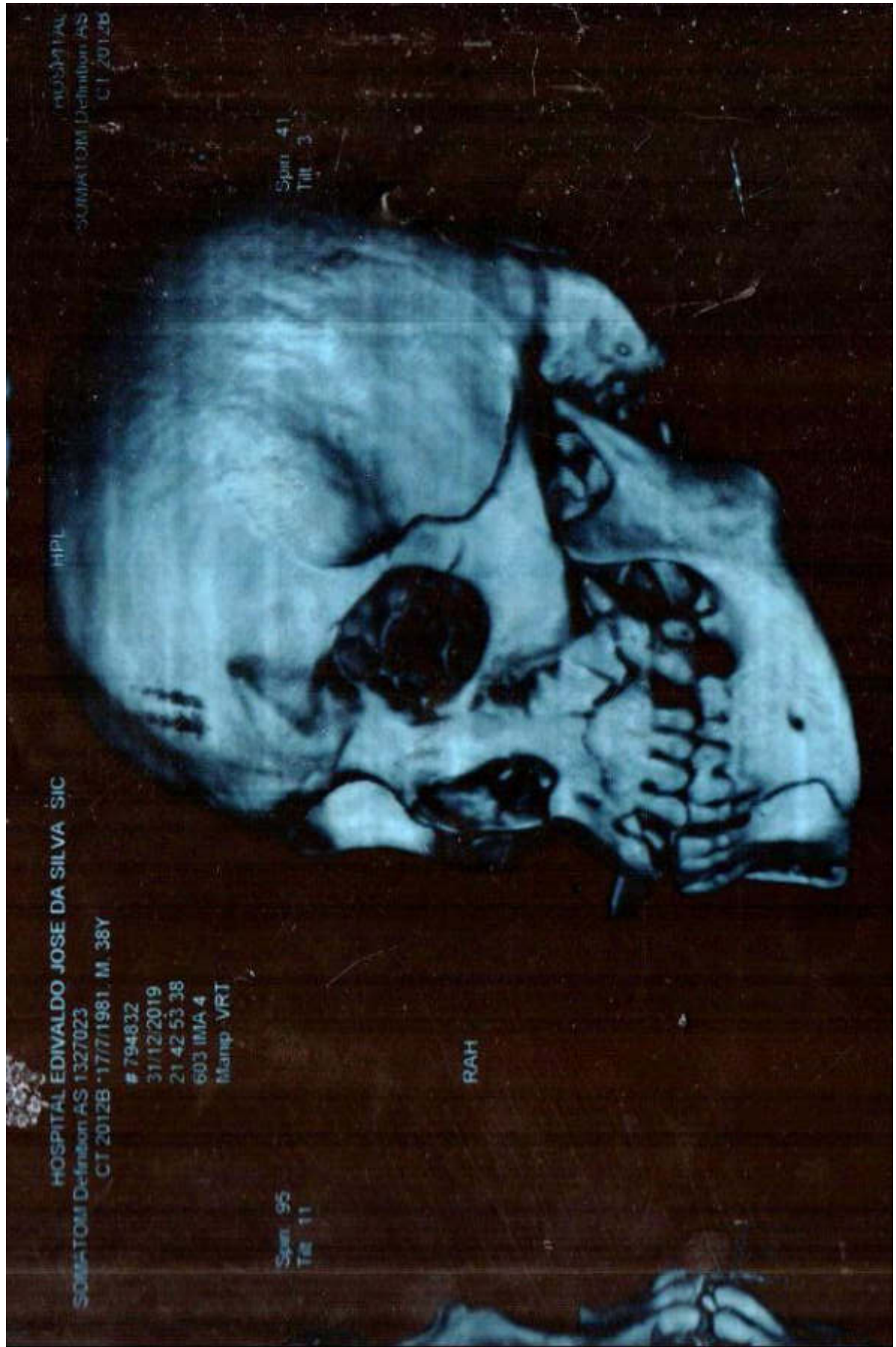
Scan: 95
Tilt: 11

HPL

HOSPITAL
SOMATOM Definition AS
CT 2012B

Scan: 41
Tilt: 3

RAH



HOSPITAL EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC

HPL

HOSPITAL

SOMATOM Definition AS 1327023

SOMATOM Definition AS

CT-2012B *17/7/1981 M 38Y

CT 2012B

794832

31/12/2019

21:42:53.38

603 IMA 2

Manip. VRT

Spin: 5

Tilt: 12

Spin: 45

Tilt: 15

PRF



09-R50

ESTADO DE PERNAMBUCO
GOVERNADOR PAULO VAGNER
SECRETARIO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de Novembro de 1988

EDIVALDO JOSÉ DA SILVA

17/07/1981

042.668.604-71

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6.466.092

17/11/2014

<< EDIVALDO JOSÉ DA SILVA >>

<< JOSÉ FRANCISCO DA SILVA >>

<< QUITERIA SEVERINA DA SILVA >>

GRAVATA - PE

17/07/1981

0008370 11 GRAVATA - PE

042.668.604-71

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

042.668.604-71

Nome

EDIVALDO JOSÉ DA SILVA

Nascimento

17/07/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

7B9A.EB01.A8F9.C297

A a partir deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

A 09:41:43 do dia 10/11/2014 (hora e data do Brasil)

digito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014487911326

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1071230732 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME

EDIVALDO JOSE DA SILVA

GRAVATA-PE

CPF / CNPJ

042.668.604-71

PLACA

PDQ7412

PLACA ANT. UF

***** PE

CHASSI

1MXXCBL06F0215807

ESPECIE TIPO

PAS / CICLOMOTOR

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB.

2014

ANO MOD.

2015

CAP. / POT. / CIL.

2P/49CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

I IPVA 2019 QUITADO

1* *****

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2* *****

3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

15.43

IOF (R\$)

0.07

PRÊMIO TOTAL (R\$)

19.65

DATA DE PAGAMENTO

01/02/19

OBSERVAÇÕES

SIM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CONTRAN

GRAVATA

LOCAL

Roberto Soares

DATA

03/02/19

Roberto Soares

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200418939

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIVALDO JOSE DA SILVA

Data do acidente: 31/12/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo facial com fratura do complexo zigomático esquerdo, fratura da maxila esquerda e da parassínfise mandibular direita, e da sínfise mandibular.

Descrição do exame físico: Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória inexistente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, apresenta prejuízo mastigatório, campo de visão normal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com redução das fraturas com uso de barra de Erich inicialmente e posteriormente realizada redução incruenta das fraturas, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar em 08/01/2020.

Sequelas permanentes: Déficit residual crânio-facial.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 25% DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 10% DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200418939

Nome do(a) Examinado(a): EDIVALDO JOSE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua São Sebastião, 187, , Gravatá/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS-PE / 6466092

Data e local do acidente: 31/12/2019 - Gravatá/PE

Data e local do exame: 02/12/2020 - Arcoverde/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.41899 , longitude: -37.06033

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Traumatismo facial com fratura do complexo zigomático esquerdo, fratura da maxila esquerda e da parassínfise mandibular direita, e da sínfise mandibular.

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

Submetido a tratamento cirúrgico com redução das fraturas com uso de barra de Erich inicialmente e posteriormente realizada redução incruenta das fraturas, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar em 08/01/2020.

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

Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória inexistente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, apresenta prejuízo mastigatório, campo de visão normal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes.

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

Sim

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

Sim

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

Déficit facial

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

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

Alteração na ATM pós traumática leve,

Eduardo Nogueira Campos
Eduardo Nogueira Campos
eduardo@nogueira.com.br
(55) 91 874-0146 / 2009

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200418939

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIVALDO JOSE DA SILVA

Data do acidente: 31/12/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo facial com fratura do complexo zigomático esquerdo, fratura da maxila esquerda e da parassínfise mandibular direita, e da sínfise mandibular.

Descrição do exame físico: Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória inexistente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, apresenta prejuízo mastigatório, campo de visão normal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com redução das fraturas com uso de barra de Erich inicialmente e posteriormente realizada redução incruenta das fraturas, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar em 08/01/2020.

Sequelas permanentes: Déficit residual crânio-facial.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 25% DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 10% DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200418939 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 31/12/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR À ESQUERDA (PG 2) E PARASSÍNFISE MANDIBULAR À DIREITA E SÍNFISE (PG 2).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH E REDUÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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 POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM PG 2
PG 2/4/11 EVOLUÇÃO

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200418939 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 31/12/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR À ESQUERDA (PG 2) E PARASSÍNFISE MANDIBULAR À DIREITA E SÍNFISE (PG 2).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH E REDUÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM PG 2
PG 2/4/11 EVOLUÇÃO SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332798/20

Vítima: EDIVALDO JOSE DA SILVA

CPF: 042.668.604-71

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 31/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVALDO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIVALDO JOSE DA SILVA : 042.668.604-71

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: 20/11/2020
Nome: EDIVALDO JOSE DA SILVA
CPF: 042.668.604-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

EDIVALDO JOSE DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso