

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, 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.

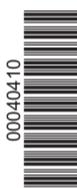
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 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, retorno 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima: 042.668.604-71

4 - Nome completo da vítima: Edvaldo José da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

Edvaldo José da Silva

6 - CPF: 042.668.604-71

7 - Profissão:

ALMENDRO

8 - Endereço:

R. São Sebastião

9 - Número:

187

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Pontos

12 - Cidade:

Gravataí

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55044-130

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81998499621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 16 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:

REQUISO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 62326

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - 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 Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT per morte áqueles 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

Impraticável
digital na
vítima ou
beneficiário
em mobilitário

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Quatato, 20/11/2020

Edvaldo José da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Edivaldo José 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 062^a CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62^aCIRC DINTER 1/12 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **31/12/2019** no período da **Noite**

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

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** Mão: **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: **NÃO 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: **FRETA** - 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 JOSÉ DA SILVA, O MESMO RELATA QUE PILOTAVA O SEU CICLOMOTOR DE PLACA PDQ7412 PELA VIA LOCAL DA BR 232, PRÓXIMO A RODOVIARIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, SENDO REESTABELECIMENTO EM DECÍAS A VÍTIMA SOFRIU FRATURAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

042.668.604-71

Edvaldo José da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

Edvaldo José da Silva

6 - CPF:

042.668.604-71

7 - Profissão:

ALMENDRO

8 - Endereço:

R. São Sebastião

9 - Número:

187

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Pontos

12 - Cidade:

Gravataí

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55044-130

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 938499621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 16 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:

REQUISO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 62326

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (veloces)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT per morte áqueles 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

Impossível
apresentar
área de
beneficiário
devidamente
atualizada

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Quarato, 20/11/2020
Edvaldo José da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (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 motociclistico, ID n.º 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: 00000062326-0

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



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

DATA DE VENCIMENTO 22/10/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/10/2020	CONTA CONTRATO 007029652710
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 15/10/2020	Nº DO CLIENTE 2016613594

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO SEBASTIAO 187
CENTRO/GRAVATA 55644-130 GRAVATA PE

CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico
RESERVADO AO FISCO 873E.DE24.1F19.C3D3.5DDC.EB51.4DFE.2BB7

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

DESCRÍÇÃO 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 IMPPOSTO
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	kWh
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17625600	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,26438400	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08791300	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15070800	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22606200	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
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 DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003011113292	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 contínua		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
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	137 mg/dl	P.A.	120 x 60
F.C.	128	F.R.	94		

transfuso HR

Serhan
5849 970

Rodrigo Lira
Médico
CRM-PE 20885

ALTA

HORA:
19 : 11

DATA
31/12/12

CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>
TRANSFERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Rodrigo Lira
Médico
CRM-PE 20885

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC	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 AMBULATÓRIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 11/02/2020, ÀS 07:00 HORAS;
TRAZER TODOS EXAMES*;
ACEITO ENCAIXE!

Dr. Demostenes Alves Diniz
Cirurgião Dentista
Dentista Hospitalar
Residente HLR/UPE
CRM-PE 13.314

DEMOSTENES ALVES DINIZ - CRM: N°.13314

Recife, 06 JANEIRO ,2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



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

Horário : 19:38
SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 31/12/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:03

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

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº: 322

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: PRIMA ADRIANA

HDA

transam de fsec

EXAME FÍSICO

tran de mord bular

EXAMES SOLICITADOS

HD

Poli gonorrhea

CID.

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rodrigo F...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Governo de
Pernambuco

FICHA DE ESCLARECIMENTO

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

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE C20 (E) + MAXILA (E) + PARASSINFISE MANDIBULAR (D) + SINFISE MANDIBULAR.
CID: 502.8.
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.

Observações:

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

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. DURCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 13/02/2020, ÁS 07:00 HORAS;
TRAZER TODOS EXAMES;
ACEITO ENCAIXE!

DEMESTENES ALVES ALMEIDA - CRM: 13314

Dr. Demostenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Praça da Matriz, 140
Recife/PE
CEP: 52010-004

Recife, 06, JANEIRO ,2020

ATENÇÃO:

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC
PONTUARDO: 1327023
DATA/HORA: 08/01/2020 09:07

SEXO: Masculino
ATENDIMENTO: LS31060

DATA NASC: 17/07/1981
LEITO: 006-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA: 08/01/2020

HORA: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.
VISTO CONSCIENTE; ORIENTADO; EUPNEICO; NORMOCORADO; EG. REG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO E EQUIMOSIS PERIORBITÁRIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; OPI FIRME AO TOQUE, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR MOBILIDADE NOS MANDÍBULARES A CUSTA DE BARRA DE ERICH + BMH INSTALADA DESDE O DIA 04/01/2020. OCCLUSÃO ESTÁVEL.

#EXAME LAB DIA 04/01/2020: LEUCO DE 12.39/HB DE 13.0/149 GLICOSE

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

CD:
ALTA BMF
AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU COM 30 DIAS;

Dr. Dirceu
08/01/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC

PRONTUÁRIO: 1327023

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

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1531060

DATA NASC.: 17/07/1981

Lote: 606-16

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 07/01/2020

Hora: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO E EQUIPOSE PERIORBITÁRIO ESQUERDO, ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; DOR FIRME AO TOQUE; PERDA DE PROIEÇÃO EM CTO (E) MELHORADA APÓS REDUÇÃO COM GANCHO DE MAROS, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR MOBILIDADE NOS MAXILARES À CUSTA DE BARRA DE ERICH + BRM INSTALADA DESDE O DIA 04/01/2020, OCCLUSÃO ESTÁVEL.

EXAME LAB DIA 12.15/HB DE 13.0/149 GLICOSE

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

CD:
AG REGRESSÃO DE EDEMA P DEFINIR CONDUTA.

SOUZI - LUIZ EDUARDO DE MOURA
CRM-PE 13.400
CRUZO - CRUZOLOGIA
SULCO - SULCO FICIAL
RESIDENTE HOSPITAL
CRM-PE 13.400



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC

PRONTUÁRIO: 1327023

DATA/HORA: 06/01/2020 09:00

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1531060

DATA NASC: 17/07/1981

Lote: 60618

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 06/01/2020

Hora: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO E EQUITOMOSE PERIORBITÁRIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; CPN FIRME AO TOQUE; PERDA DE PROJEÇÃO EM C2D (E) MELHORADA APÓS REDUÇÃO COM GANCHO DE BARROS, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR MOTILIDADE NOS MAXILARES A CUSTA DE BARRA DE ERICH + BRM INSTALADA DESDE O DIA 04/01/2020, OCLUSÃO ESTAVEL.

EXAME LAB DIA 12.39/HB DE 13.0/149 GLICOSE

#1C DE FACE SUGERE FRATURA DE ZIGOMA (E); MAXILA (E) PARASSINFISE (D) E SINFISE MANDIBULAR.

CD
ORIENTO TRICOTOMIA:
AG REGRESSÃO DE EDÉMA

Dra. Jéssica Cunha
CRM-PE 100001
CRG-PE 100001
BACO - UNIFACEF
Residência: 2341
Cidade:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PESSOAL

NOME: EDIVALDO JOSÉ DA SILVA SIC

PRONTUÁRIO: 1327023

SEXO: Masculino

DATA NASC.: 17/07/1981

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

ATENDIMENTO: 1511068

Lote: 608-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 04/01/2020

Hora: 09:47

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, MORMOCORADO, EG, REG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA FERIDA EM REGRESSÃO E EQUIMOSE PERIORBITÁRIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; CIRÍTICA FIRME AO TOQUE; MAXILARES COM MOBILIDADE; ODONTOSÍNTSE INSTALADO DIA 01/01/2020 EM DENTES 44 E 45 + SUTURA INTRA-ORAL HAVITÓIA.

*TC DE FACE SUGERE FRATURA DE ZIGOMA (F), MAXILA (E) PARASSÍNTISE (D) E SÍNTESE MANDIBULAR.

CD- SOLICITO EXAME LAB.

ORIENTO TRICOTOMIA

BARRA DE ERICH

TC DE FACE POS SMM

Lares Edematosos de Venda
CRUZADA E TRAUMATIZADAS
BUCCAL-MOLHO-FACIAL
Prótesis PVC UPE
CRM PE 13.400

Edwards J. M. Shee
3327023

31 | 12 | 19 Han Gent #
2245

Resgate TAC

TAC Tbxox : confused pulmonary hyperemia
of lungs or pneumothorax

TAC Mission: Al final de Visita, Nov 01
punto - punto.

$\text{C}_2 \text{O}_4 \text{D} \Delta \text{IR} = \text{C}_6$

Phabilio Rodrigo
Dra Gastroenterologista
CRM PE 19823

~~其 CT my~~

Oct 10/05 parents write as evidence
metastatic

12:30 ~~inches~~
Lotto concrete, redads. slab + ST

6 page

Ad exas. myz. quæstæ impossibiliter
de secunda, secundæ ^{vel} multivocis sentia
OPN p. multivocis in morte et mor-
tale levare et latere regna, ne-
cetero levare et regnare de morte

* Sembra des dantes 21 e 22

des voitures dans un tunnel à 30 km/h

Co Q Sint + c d fore maled e ncompte

Oreopsis deserticola (Gmelin) (C)

1968-2 Act 9 - 1-2

Keeps water & toxins inside &
out

~~W.M.T. S. 1912~~

④ *varicella simplex*



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Ledo

Registro

Eduardo José Silver

1329023

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF# 19:00 01/01/20

- Paciente vítima de acidente vascular cerebral, sedado, Espasmo, inconsciente, com Ag.

- Ao exame físico apresenta edema no nariz submucoso bilateral. Importância de avaliar acuidade e mobidade pupilas OPN para palpação. Mobilidade no macrourculo má oclusão. Odontométrica em dente 44 e 45.

- Exame de escroto: Turgor normal entre 3D
menos na base de Zígoma (C), maior (D) e para
superior (S).

CB: ① Ag. cortes de TC da face

② Paciente enegre BMF

③ Acroma BMF

#Rutt 08:10H 02-01-20

Paciente vítima de acidente vascular cerebral,

lido somente, ambas, dorosa, espasmo,

P.G. Aberto. Ao exame físico observa

edema I queimadura periorbitária ②

Quemose 3m (C.6), dorosa e indutiva

clara brilhosa bolhas de ferro, 3m

folt. OP. Fissura de recto, com glau-

compatentes. Mandibula rom (mal. 100%),

mandíbula juncional em mandíbula,

limítrofe de oblitero bucal, mandibular.

Kal et Zol (Bn) = Fracurado ②, molar ④,

mandíbula (rho ① + paroxistico ①)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: EDVALDO RIBEIRO DA SILVA SR.

PRONTUÁRIO: 1327023

SEXO: Masculino

DATA NASC.: 17/07/1981

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

ATENDIMENTO: 1531060

leito 605-18

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 EQUIMOSE PERIORBITÁRIO ESQUERDO; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA; ORN FIRME AO TOQUE; PERDA DE PROTEÇÃO EM C20 (E), IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR MOBILIDADE NOS MAXILARES À CUSTA DE BARRA DE ERICH + BRM INSTALADA DESDE O DIA 04/01/2020, OCCLUSÃO ESTAVEL.

#TC DE FACE SUGERE TRATURA DE ZIGOMA (E), MAXILA (E) PARASSINFISE (D) E SINFISE MANDIBULAR.

CD:
REALIZOU REDUÇÃO INCRUENTA DE C20 (E).
DOCUMENTO TC DE FACE POS REDUÇÃO INCRUENTA

Dr. Deivid Henrique
Cirurgião e Traumatologista
Residente de Ortopedia
Residência MEC/UPE 03/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Edvaldo José

EVOLUÇÃO CLÍNICA

01/01/2020 Tirotoxoparia Dispositiva HPO TOF

Paciente TOT/PCV, no confortável, eupneico,
 sem adiantado V/M, acúmulo
 quando oferece serviços profissionais.

Ap. m. 12 AMT/11 reales

cd. Monit. Ribeirão

TRF

TEP

Agosto RUM

Augusto Paixão

02/01/2020 7:50 #NCR

st. TCE

st. Marshall F

Paciente estável, seu intercâmbio
 nas últimas 24h. Sua queixas
 EGR, eupneico, afibril, edema
 em face, equinose periorbital (E).

Glaqueou 15, isocôrneo, RFm(+)

Sua fórmula. Bem padrão respiratório
 TC de crânio = s/ lesões NCR

TC de cervical = s/ lesões NCR

CD: Alto da NCR.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Edinaldo José da Silva

1321 023

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Hr 03-01-20 07:30H
 Paciente vítima de queimadura no rosto, lumbago e
 lesão traumática na face. Vista parcialmente, evidências
 de queimadura superior à metade esquerda do rosto,
 2º C. Degubé. Ao exam. Físico: Palpação e equimose
 na periorbitária (), o humor visus Oftálmico
 normal. A função respiratória mobilidade nos
 diafragmas gastronômicos estáveis em manutenção
 alterações húmidas limitadas à lesão do rosto, molar-
 clínico e o pulmão regular. FA PROG. vacina ()
 manutenção (corpo) e paroxismos ().
 ED- () AG 6:00AM
 () Eletivo curto

Dr. Demostenes Dmiz
 Cirurgião e Ortopedista
 Busto - Maxilo-Facial
 Residente M.R.A.P.
 CRM-PE 13.314

P.D.: O.P.R. Bots M TAP M P.M.
① Sua, Dgo, 13 Dors. e G
② Velloso D.W.
③ NAT

D. 20121125 Dmz
Cirurgia Maxilofacial
Centro Cirúrgico
Hospital São Vicente de Paulo

* CFBMF
02.01.2020
19:20

Paciente vítima de
acidente motoeletônico.
Visto consciente, orientado,
aparece, correcional,
Egregula.

No exame apresenta edema
e equimose periorbitálio (E),
superponível em alto (E),
acuidade e motilidade ocular
preservadas, mobilidade em
maxíloas, malação, boa
obertura de boca, ferimento
em face já suturado com
áudio ou sencência, OFN
grande a palpação, uso
queixa, respiratória, portando
adutoras em mandíbula.
TC se face negar protura
de C70 (E), maxila (E),
parângulo mandibular (D) e
mugido.

CD: Ag. cortes coronal + axial
paciente cirúrgico ELETIVO
acompanhamento BNF



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 <i>Felivaldo José Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>1327023</i>
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 - PROFISSÃO <i>Tomografia HR</i>

Data: *31/12/19*

Médico: *[Signature]*

14 - CÓD. PROCEDIMENTO
1000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TAC Cervical</i>	14 - CÓD. PROCEDIMENTO <i>1000</i>
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TAC Cervical</i>	16 - CÓD. PROCEDIMENTO <i>1000</i>
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TAC FACE com reacionamento 3D</i>	18 - CÓD. PROCEDIMENTO <i>1000</i>
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TAC TORAX Sem contraste</i>	20 - CÓD. PROCEDIMENTO <i>1000</i>
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TAC abdomen com contraste</i>	22 - CÓD. PROCEDIMENTO <i>1000</i>

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Poli trauma

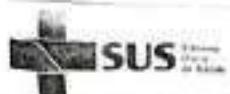
23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Signature]</i>	24 - PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Signature]</i>
	25 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>30/12/19</i>

26 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Signature]</i>	27 - ASSINATURA E CARNEIR (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) <i>[Signature]</i>
---	---

28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>[Signature]</i>	29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>
---	--

30 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Signature]</i>	31 - ASSINATURA E CARNEIR (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) <i>[Signature]</i>
---	---

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 HR	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 - FONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - FONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Tc de Face + 3D.	14 - CÓD. PROCEDIMENTO 01
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO OTOE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO OTOE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO OTOE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO OTOE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Põe cobertura do Ganco no
zigoma.*

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dra. Demostenes Lira Cirurgia e Ortopedia Facial Busto - Maxilo - Facial Residente H.R./UPE CRM 21.314</i>	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05 / 01 / 2020
--	---

25 - N° DOCUMENTO (CRF / CPO) PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO E CONSELHO <i>Dr. Demostenes Lira Cirurgia e Ortopedia Facial Busto - Maxilo - Facial Residente H.R./UPE CRM 21.314</i>
--	---

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO
---------------------------------------	-------------

28 - N° DOCUMENTO (CRF / CPO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR TOMOGRAFIA HR Data: 05/01/20	29 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO E CONSELHO <i>Dr. Demostenes Lira Cirurgia e Ortopedia Facial Busto - Maxilo - Facial Residente H.R./UPE CRM 21.314</i>
Médico: <i>[Assinatura]</i>	Cod. 0421
Técnico: <i>[Assinatura]</i>	



HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA ADMISSÃO	HORA	DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DESEJADA	Nº QUARTO DIA
31/12/19	19:11	31/12/19	
REF DO PACIENTE	EDUARDO JOSÉ DA SILVA		38
DESPESA DO PACIENTE			TELEFONE

MANIFESTO:

ITÔMIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Tosse se dura ha 1h com agitação
de cansa, no maior FCB-18, Saturação 96%
em ar ambiente, FC 128 bpm

AB VITAL: PRESSÃO ARTERIAL	X mmHg	RESPIRATÓRIA	lpm
A. CANCELADA	bpm	TEMPERATURA	%

OS CONSCIÊNCIA:

ALERTA	VERBAL	SOROLTO	OCONFUSO	DEPRESSA	SLARGOWI
X					11

OS HABITS:	X (+ ++ +++ ++++)	OB	X (+ ++ +++ ++++)
NÃO		NÃO	
DESIDERATADO		DIABÓTICO	
DEPRIMIDO		INTÍNSICO	

ASAS ARROCIADAS:

DIABETICO	X NAO	ID	SEGUIM A VO	DPOG	OUTROS

PROTEINÓRIO REALIZADA	DOSEAGEM	MEIAJÓRIO EM USO	DOSEAGEM
X			

OS COMPLIMENTARES:	NORMAL	RX TORAX	
QSO		RX ARDOME	

TOMOGRAFIA:

HISTÓRICO:

ET	LEVO	10%	TBO	PER	ABALADE	URNAI

VALORES DAS EXAMES REALIZADOS:

ITAL	Hospital da Restauração	
OTIMO:		

RESPONSÁVEL:	Rodrigo Lira Médico CRM-RS 28885	2024 DENTRAL	SEGHASAN
		5849970	

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD	MSE	MID	MIE	Pupilas	Isoconícas	Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular								
Escore	Hora	Glasgow: Resposta Verbal				Glasgow: Resposta Motora		
		Escore			Hora			
E. Exposição/Abdômen Pior, flácido, depresivo, ruminante de m. falso peritoneal Euscopos em placeo (O) Pélvis instável								
Diagnóstico Inicial:				Cod. Procedimento				
Pediatria								
Conduta:				Ass. Médico				
S/ TAC crânio + cervical + torax + Abd c/IC Rxar C6 3RV NCR								
Evolução de Enfermagem:				Ass. Enfermagem				

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

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico _____ CRM: _____ Data: 01/01/2000 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 nosocomio, 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:	Q0033
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Periodo: 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 SERVICO EM TOT, AVM, CORTE CONTUSO EM MENTO

Observação: SENHA 5849970 HOSP. DE GRAVATÁ.

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIDENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

NOR 31/12/19 21:09

acidente moto, usuário balaio alcóolico. Orientado desembolado operários convulsão no transporte, sendo intubado ~~desintubado~~ convulsão.

GCS 23, pupilas iradiadas e mióticas
(fáscia plástica?)

no momento seu saíram do respiro GCS.
apareceu TC crânio, cervical

TC crânio e coluna
avaliou sem alterações
fou - fratura mandibular.
audição ok nenh
- avaliação BNF.
- mantinha sem sedação e
náuseas GCS

Christina B. Henrique
Enfermeira Pneumologia

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

Data impressão: 31/12/2019 21:12

606-06



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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____
Hospital da Restauração 0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____
H.R.

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE _____ 6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____
Eduardo Jose do Silve 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 _____ 14 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTD _____
Tc de fer + 3D 104

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 16 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTD _____

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 18 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTD _____

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 20 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTD _____

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 22 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTD _____
TOMOGRAFIA TORÁCICA 04,01,2010

Data: *04.01.2010*

Médico: *dr. J. P. S.*

Técnico: *dr. J. P. S.*

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 24 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____
LUCAS MARQUES FERREIRA 04.01.2010

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) _____
LUCAS MARQUES FERREIRA (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
LUCAS MARQUES FERREIRA
CRM-PE 13.400

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____ 28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____
LUCAS MARQUES FERREIRA 04.01.2010

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) _____
LUCAS MARQUES FERREIRA (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421

EDIVALDO JOSE DA'SILVA SIC

1327023

21/7/1981 M 38Y

794832

31/12/2019

21 42 53 38

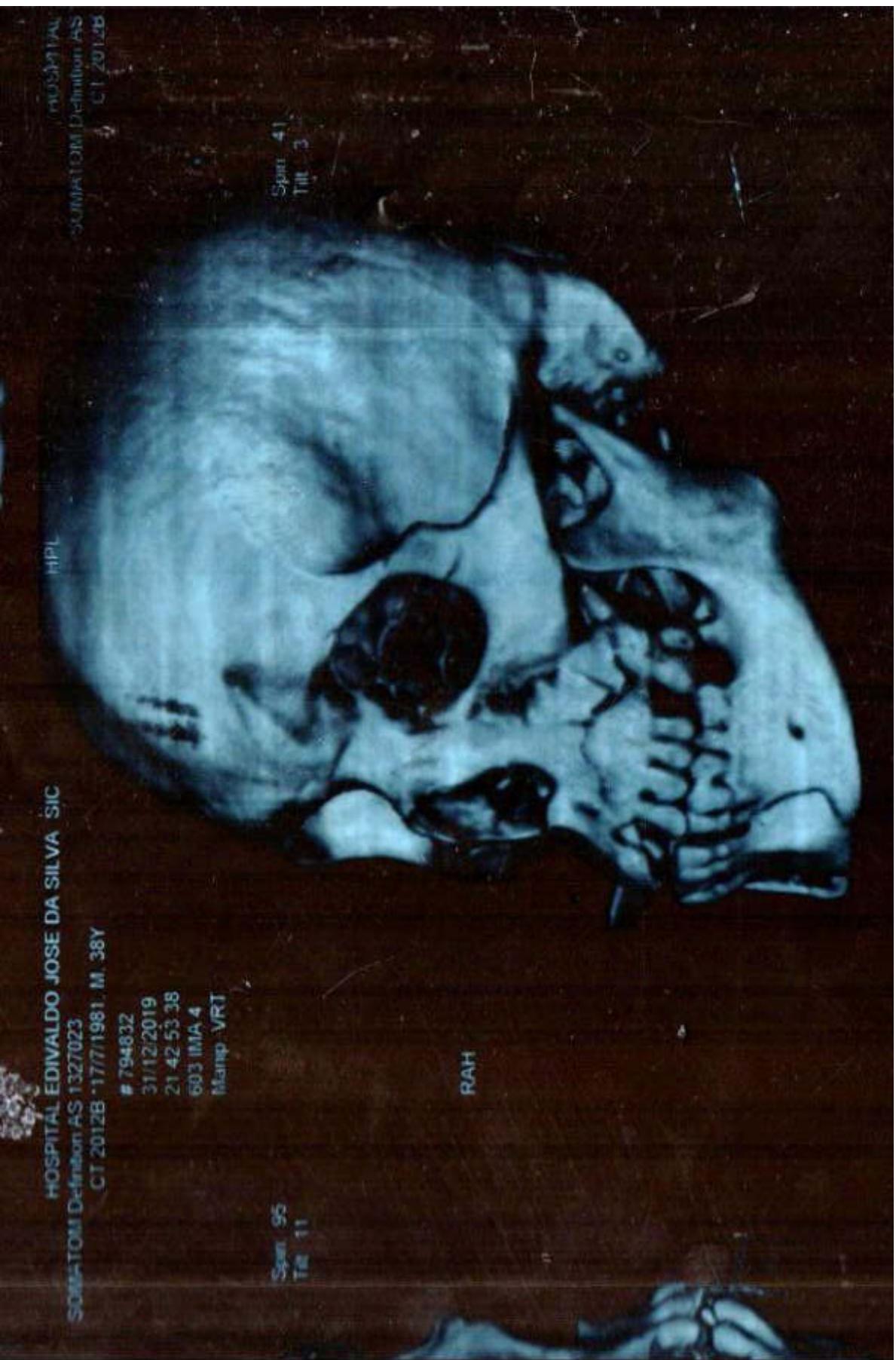
603 IMA 1

Manip. VRT

HLP

RHP





HOSPITAL EDIVALDO JOSE DA SILVA - SIC

CTI 2012B - 177/1981, M, 38Y

HOSPITAL
SOMATOM Definition AS
CTI 2012B

HPL

794832
31/12/2019
21-42-53-38
603 IMA-4
Manip. VRT

Span: 95
Tr: 11

RAH

Span: 41
Tr: 3

HOSPITAL EDIVALDO JOSE DA SILVA SIC

SOMATOM Definition AS 1327023

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

794832

31/12/2019

21:42 53 38

603 IMA 2

Manip. VRT

HPL

HOSPITAL

SOMATOM Definition AS

CT 2012B

Spin: 5
Tilt: 12

Spin: 45
Tilt: 15

PRF



ALIMENTOS PARA TÓNDIGOS

6.466.092

17/11/2014

CÓDIGO DE CONTROLE

7B9A.EB01.A3F9.C297

Análisis conteo comparado directo

卷之三

卷之三

Cronaca
1990

卷之三

卷之三

4334 JUANITA M. BROWN

diário verificador 60



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.

Estrutura Crânio Facial - Leve - 25%

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 M. Costa
Medicina Legal / Perito
2009-01-01 a 2009-12-31

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

Data do acidente: 31/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVALDO JOSE DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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