
Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200113033

Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200113033

Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO GOMES 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **RICARDO GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **033**

Agência: **000004025**

Conta: **000001060118-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

106.944.064-73

4 - Nome completo da vítima:

RICARDO GOMES 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:

RICARDO GOMES DA SILVA

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA MARIA G PASSOS GUERRA

6 - CPF:

106.944.064-73

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

CASA - H

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ARACÓJIA

13 - Estado:

PE

15 - E-mail:

balbimenespe@hotmail.com (81/999441109)

14 - CEP:

53.680-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 3538-0069

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:

☐

RECUSO 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: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4025

CONTA: 01060118

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuvo

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 (val nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

581548
0089545/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0123000258**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/02/2020** às **11:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **8/11/2019** às **19:50**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MARIA PÁSSOS GUERRA, PRÓXIMO AUSINA SÃO JOSÉ, IGARASSÚ-PE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE ARACOIABA, 1, RUA MARIA PASSOS GUERRA - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / PE-41, PRÓXIMO A USINA SÃO JOSÉ, IGARASSÚ-PE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RICARDO GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO GOMES DA SILVA**

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

RICARDO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **JOSÉ GOMES SOBRINHO** Data de Nascimento: **21/12/1997** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8391512/SDS/PE (RG), 10694406473 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 989591933**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ARACOIABA, 1, RUA MARIA GAIÃO PASSOS GUERRA, S/N, AVENIDA NOVA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL, AVENIDA NOVA**

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

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEX5818** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O SENHOR RICARDO GOMES, QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NATURALMENTE QUANDO UM VEICULO TIPO CAMINHÃO VINDO EM DIREÇÃO CONTRARIA LIGOU O FAROL ALTO OFUSCANDO A SUA VISÃO, VINDO ESTE A PERDER O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIR AO SOLO JUNTAMENTE COM SUA MOTO, SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU, PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRÊS NA CIDADE DE PAULISTA-PE, PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR O FATO.-----CASO AFETO A DELEGACIA DE ARASSOIABA-PE

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

RICARDO GOMES DA SILVA
RICARDO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAIR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3811751**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

106.944.064-73

4 - Nome completo da vítima:

RICARDO GOMES 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:

RICARDO GOMES DA SILVA

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA MARIA G PASSOS GUERRA

6 - CPF:

106.944.064-73

11 - Bairro:

CENTRO

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

CASA - H

12 - Cidade:

ARACÓJIBA

15 - E-mail:

balbimenespe@hotmail.com (81/999441109)

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.680-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 3538-0069

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:

☐

RECUSO 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: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4025

CONTA: 01060118

8

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuvo

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 (val nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Metropolitano Igarassu



Igarassu 10 de fevereiro de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, **RICARDO GOMES DA SILVA**, R.G Nº 8391512, C.P.F. Nº 106.944.064- 73, residente e domiciliado na, Rua Maria Passos Guerra Nº S/N, Centro – Araçoiaba, foi atendido pelo SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU no dia 08/11/2019 às 19h50min, ocorrência Nº S705689, Vítima de Acidente Moto, ocorrência ocorrido na PE41 S/N, próximo a Usina São José - Igarassu, o mesmo foi removido para o Hospital Miguel Arraes. .

 
Melina Maria Brendão de Melo
CORRENTE 539 - ENF

Dra. Rafaela Galvão de Souza
Coordenadora do SAMU Igarassu

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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO GOMES DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04025

CONTA: 000001060118-8

Nr. da Autenticação 9574F33F6B3D9EED

DADOS DO CLIENTE:																															
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS		MATRICULA: 103668667																													
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170																															
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMATICO: 103668667																															
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA																											
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) MEDIA HD																												
AGUA: LEIT ANT: 4 CONSUMO: 1 LEIT ATU: 4 LEIT FAT: 4 HD PARADO																															
HISTORICO DE CONSUMO																															
REFERENCIA CONSUMO		<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">PARAMETROS</th> <th colspan="3">NUMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th>EXIG. PORT. MS 2.914/11</th> <th>ANALISES REALIZ.</th> <th>ATENDEM A LEGIS</th> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>48</td> <td>48</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>48</td> <td>48</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>COLOR RESIDUAL</td> <td>48</td> <td>48</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>COLIF. TOTAIS</td> <td>48</td> <td>48</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>E. COLI</td> <td>48</td> <td>48</td> <td>48</td> </tr> </table>			PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS	TURBIDEZ	48	48	45	COR APARENTE	48	48	32	COLOR RESIDUAL	48	48	48	COLIF. TOTAIS	48	48	47	E. COLI	48	48	48
PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS																														
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS																												
TURBIDEZ	48	48	45																												
COR APARENTE	48	48	32																												
COLOR RESIDUAL	48	48	48																												
COLIF. TOTAIS	48	48	47																												
E. COLI	48	48	48																												
11/2019 01		Qualidade de Agua: www.compesa.com.br																													
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS																															
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO																															
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA																															
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES																															
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA																															
DESCRICAO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)																												
AGUA																															
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																															
CONSUMO DE AGUA		1 MB	44,08																												
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)																															
CONSUMO DE AGUA		0 MB	64,84																												
CORTE 11/2019			9,02																												
RELIGACAO 11/2019			9,02																												
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019			2,19																												
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019			2,01																												
<table border="1"> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CALCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> <tr> <td>IS</td> <td>108,92</td> <td>1,65</td> <td>1,80</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td>108,92</td> <td>7,60</td> <td>8,28</td> </tr> </table>					TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	IS	108,92	1,65	1,80	ICMS	108,92	7,60	8,28															
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																												
IS	108,92	1,65	1,80																												
ICMS	108,92	7,60	8,28																												

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

MENSAGEM:
 PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOOLICOS ANONIMOS
 (81) 3221-3592/98476-3207

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **RICARDO GOMES DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **106.944.064-73** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **RICARDO GOMES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **106.944.064-73**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 09 de **Março** de **2020**

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/11/2019 22:02



Nome Paciente: RICARDO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: 0037
Convênio:
Atendimento:
SAME:

CGTENT

: 08/11/2019 22:06 - 08/11/2019 22:09

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE IGARASSU VITIMADE CIDENTE DE MOTO, CAIU DE UM BARRANCO, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE, NEGA VOMITOS E DESMAIOS, PACIENTE ESTAVA DE CAPACETE.

Observação:

ENCAMINHADO DE IMEDIATO A SALA VERMELHA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Rubianne Lima de Souza
COREN-PE 358.702-ENF

RECEBADO
HMA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/11/2019 22:09



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 503135

Data e Hora: 08/11/2019 22:18

Senha da Classificação:



Paciente: 131121 RICARDO GOMES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/12/1997 Idade: 21 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE GOMES SOBRINHO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: AV NOVA

14

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ARACOIABA

CE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

QUEIXA DE UTO, NECA PERDA DE CONSCIÊNCIA
VÔMITOS, EXCELENTE

Exame Físico

FRATURA EXPOSTA PELO (E)
PODE SE

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

3-00
H OROFARINGE
AD. FRATURA DO OSSO DA PALMA DO
DO DADO = (HMO), INICIA MENTE EMUVA
FRATURA DA PALMA
e): INICIA A CIRURGIA

Assinatura e Carimbo/Médico

Ivan Mário Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Mão
CRM 14461

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	RICARDO GOMES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	131121
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
7 00808453039582	21/12/1997	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
1 - Nome da Mãe	MARIA LUIZA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199314203
3 - Nome Responsável	THIAGO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	AV NOVA, 14 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ARACOIABA	230120	CE	62750000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente com história de acidente motociclistico, há 2 horas, fratura de ossos da perna esquerda, encaminhado pelo SAMU.

21 - Condições que justificam a internação
FRATURA EXPOSTA DE OSSO DA PERNA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RX = FRATURA DE PARTE DISTAL DA DIAFISE DE TÍBIA E FIBULA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	S822	V299	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	0408050500		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	5	(X) CNS () CPF	204322973450007
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	08/11/2019	Dr. Marco Antônio de S. Pereira Ortopedia e Traumatologia	14501

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / E
38 - () Acid. Trabalho Trajetado		

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Apos
---------------	----------------	--------------	------------------	----------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	Dr. Luciano José Traumato - Ortopedia CRM: 17.171

AIH
261910224221-8

AIH
261910224222-9

AIH
261910224223-0

AIH
261910224224-0

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 09/11/2019

Hora.....: 01:22

Aviso de Cirurgia : 60792

Paciente : 131121

Convênio Atend. : 1

Leito : 228

Dt. Início : 09/11/2019 00:30

Id Pré-Operatório : S822

Id Pós-Operatório : S822

Sala : 0002

SALA 02

RICARDO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 001

Dt. Fim : 09/11/2019 01:10

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 503140

Carteira :

Idade : 21 Anos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
ANESTESISTA17460 JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
5759 MARIA DO CARMO GOMES VALENTE**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA PERNA ESQ (GII)

CIRURGIA: LC + DC + FIXAÇÃO EXTERNA LINEAR

CIRURGIÃO: DR JARBAS SILVEIRA

1º AUXÍLIO: DR ICARO MÔLIM

ANESTESISTA: DRA MARIA DO CARMO VALENTE

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS EM MIE;
4. AMPLIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO DE PERNA ESQ ATRAVÉS DE INCISÃO DE FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQ DE CERCA DE 3CM;
AVAGEM MECANOCIRURGICA EXAUSTIVA COM SF0,9% + DEBRIDAMENTO + REGULARIZAÇÃO DE BORDAS DE PELE DE POSIÇÃO EM REGIÃO ANTERO-MEDIAL;
5. REDUÇÃO COM ALINHAMENTO DA FRATURA DA TÍBIA E APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 4 PINOS DE SCHANZ 4,8 E DUAS BARRAS NA MESMA;
6. SUTURA DA FERIDA C/ NYLON;
7. SUTURA DA FERIDA C/ NYLON;
8. CURATIVO ESTÉRIL.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar****FATURADO**
17/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADr. Icaro Molim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560DR(A) : JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
CRM : 17460

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 21/11/2019

Hora.....: 15:14

Aviso de Cirurgia : 61044

Paciente : 131121

Sala : 0002 SALA 02

Convênio Atend. : 1

Leito : 201

Dt. Início : 21/11/2019 14:20

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

RICARDO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTO-503-LEITO 001

Dt. Fim : 21/11/2019 15:04

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 503140

Carteira :

Idade : 21 Anos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO
ANESTESISTA14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: ABSCESSO EM PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO CIRURGICO + CULTURA

CIRURGIÃO: DR CRYSTIAN PEDROSA

1º AUXÍLIO: DR IAN LACERDA

ANESTESISTA: DRA SYLVIA VILELA

ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MIE
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO POR ACESSO PREVIO EM FACE ANTERIOR DE 1/3 MEDIO DE PERNA ESQUERDA
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REALIZADO COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
8. APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA FERIDA COM FIOS NYLON
9. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
17/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 04/12/2019

Hora.....: 18:28

Aviso de Cirurgia : 61325

Paciente : 131121

Convênio Atend. : 1

Leito : 201

Dt. Início : 04/12/2019 17:42

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0003

SALA 03

RICARDO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTO-503-LEITO 001

Dt. Fim : 04/12/2019 18:42

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 503140

Carteira :

Idade : 21 Anos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO

STESISTA

2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: DESICENCIA DE FERIDA OPERATÓRIA EM ÁREA DE EXPOSIÇÃO DE FRATURA NA PERNA ESQUERDA

PROCEDIMENTO: RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MUSCULAR HEMISOLEAR

CIRURGIÃO: DR HUGO FREITAS

AUXILIAR(ES): DR LIVIO COSTA E DR ÍCARO MÔLIM

INSTRUMENTADORA: GABRIELA MORAES

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

ANESTESISTA: DR GENESIO GOMES

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

1- ANTISEPSIA DA PELE E APOSIÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS;

2- DESBRIDAMENTO DE BORDAS DA FERIDA;

3- MARCAÇÃO DO RETALHO HEMISOLEAR EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA;

4- DISSECÇÃO DO RETALHO, POR ABERTURA POR PLANOS SOBRE MARCAÇÃO PRÉVIA COM LÂMINA DE BISTURI E TESOURA,

5- EVANTAMENTO DO MESMO E IDENTIFICAÇÃO DE SEU PEDÍCULO VASCULAR;

6- POSICIONAMENTO DO RETALHO SOBRE O LEITO DO FERIMENTO A SER RECONSTRUÍDO, E FIXAÇÃO COM NYLON 3-0;

7- CURATIVO DA ÁREA DOADORA COM: GASE A ATADURA;

8- CURATIVO DA ÁREA RECEPTORA COM: ADAPTIC, GASE E ATADURA;

9- A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Ícaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 25960 PEFATURADO
17/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR(A) : HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM: 15483

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 11/12/2019

Hora.....: 09:11

Aviso de Cirurgia : 61500
Paciente : 131121
Convênio Atend. : 1
Leito : 201
Dt. Início : 11/12/2019 08:10
Cid Pré-Operatório : S818
Cid Pós-Operatório : S818

Sala : 0003 SALA 03

RICARDO GOMES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTO-503-LEITO 001
Dt. Fim : 11/12/2019 09:00Atendimento : 503140
Carteira :
Idade : 21 AnosFERIMENTO DE OUTRAS PARTES DA PERNA
FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Procedimento: 0401020029

ENXERTO DERMO-EPIDERMICO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO

Descrição Cirúrgica :DIAGNÓSTICO: ÁREA CRUENTA EM FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA (RETALHO MUSCULAR)
PROCEDIMENTO: ENXERTO DE PELE PARCIAL
ÁREA DOADORA: COXA ESQUERDACIRURGIÃO: DR HUGO
AUXILIAR(ES): DR PEDRO
INSTRUMENTADORA: REBECA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: MARIA DO CARMO
DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

- 1- ANTISEPSIA + CAMPOS
- 2- OBSERVADA ÁREA DE EXPOSIÇÃO DE MÚSCULO (RETALHO MUSCULAR) COM BOA VITALIDADE E SEM SINAIS DE INFECÇÃO OU NECROSE
- 3- RETIRADA DE ENXERTO DE PELE DA REGIÃO ANTERIOR DA COXA ESQ COM UTILIZAÇÃO DE FACA DE BLAIR
- 4- APOSIÇÃO DA PELE NA ÁREA RECEPTORA + FIXAÇÃO COM NYLON 4-0
CURATIVO DA ÁREA DOADORA COM ADAPTIC
CURATIVO DA ÁREA RECEPTORA COM CURATIVO "TIE OVER"

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
11/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR(A) : HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM : 15483

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: RICARDO GOMES DA SILVA

NOME SOCIAL:

IDADE: 21 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 09/11/19

DATA NASC.: 21/12/97

REG:131121

DATA DA ALTA: 12/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA
- DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA COM PERDA DE COBERTURA CUTÂNEA EM PERNA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 09/11: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR LINEAR DE TÍBIA
- 21/11: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + CULTURA
- 04/12: RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MUSCULAR HEMISOLEAR EM PERNA ESQUERDA
- 11/12: ENXERTO DE PELE PARCIAL EM RETALHO DE PERNA ESQUERDA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR HUGO FREITAS (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **01 SEMANA**;
- MANTER CURATIVO, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR O CURATIVO.
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM PISAR COM O MEMBRO OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA: CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL LIMPO.

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Dra. Luciana Moser
Traumato - Ortopedia
CRM: 12.771

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 503140

Usuário: WESLEYFS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: RICARDO GOMES DA SILVA		Prontuário: 131121	
Idade: 21a 10m 18d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 21/12/1997
Profissão:		Escolaridade:	
R.G.: 8391512	C.P.F.:	Telefone:	CEP: 62750000
Endereço: AV NOVA	, 14 - CENTRO	- ARACOIABA	- CE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 08/11/2019 23:19

Plano: GERAL

Origem: INTERNACAO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI **Acomodação:** ENFERMARIA DE OBSERVACA **Leito:** VERMELHO - LEITO 001

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 1712119
Preço:	Numero:	CLAUDEIAN SOUSA
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12/12/19 **Hora da Alta:** 12:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bem

Diagnóstico Principal.....: 1) Fract. exposta do osso de punho @

Diagnóstico Secundário01.: 2) Falha de aderência de Ro um

Diagnóstico Secundário02.: 3) Duplique de Ro de punho @

Procedimento.....: 1) LC + DC + F5 limon de tino

2) LC + DC + cultura

3) Atelmo limonol

4) Exanto de punho em atelmo

Assinatura e RG

Responsável pela retirada do paciente

Dr. Luciano Moser
Traumatologia Ortopedia
CRM: 12.171

Médico e CRM:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Ricardo Gomes da Silva REG: 131121
CLÍNICA: CC3 ENFERMARIA: S03 LEITO: 01

DATA/HORA	#505H
17/11/19 15:10	<p>HD: Ex exposta de ossos da perna E</p> <p>PO: (09/11): LC+DC+REFE linear em tibia E</p> <p>Paciente estável, sem novas queixas. Apresenta redução de edema em perna E, com FO e trajetos de pinos limpos e secos.</p> <p>ECG, LOTE, urina e afecção.</p> <p>CD: Aguarda cirurgia amanhã.</p>
18/11/19 10:00	<p>#505H</p> <p>HD: A mesma</p> <p>PO: o mesmo</p> <p>Paciente evolui estável e eufórico, consciente. Porém FO SECRETICA.</p> <p>CD: Aguardo nova limpeza para DIA 21/11</p>
19/11/19 13:30	<p>#505H</p> <p>HD: A mesma</p> <p>PO: o mesmo</p> <p>EVOLUI BEM, ESTÁVEL, EUPHÓRICO</p> <p>FO SECRETICA</p> <p>CD: Aguarda cirurgia 21/11</p>
20/11/19 17:10	<p>#505H</p> <p>HD: A mesma</p> <p>PO: o mesmo</p> <p>Paciente evolui BEM, estável</p> <p>SEM QUEIXAS</p> <p>CD: Aguarda cirurgia amanhã</p>
21/11/19 19:00	<p>#505H</p> <p>PO: o mesmo</p> <p>Paciente evolui BEM, estável</p> <p>SEM QUEIXAS</p> <p>CD: Aguarda cirurgia amanhã</p>

Dr. Luis Roberto Gomes
CRM-PE 27686 CRM-BA 33039

Dr. Lúcia Moser
CRM-PE 25594

Dr. Lúcia Moser
CRM-PE 25594



HOSPITAL
MIGUEL ARRÁES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ricardo Gomes de Siqueira Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

18/12/13

Grupo de Hósp

Exame dos Anos de Paine (08/12/13)

Reto de Pálido Suol (2º Sessão de P.O)

Paciente evolui sem alterações

Exame: Exame integrado

Reto integrado

cl: Alto de morrendo

Hugo Freitas de Araújo

Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Mão / Microcirurgia
CREMEPE 15483

Atendimento: 503140

Dt Atendimento: 08/11/2019 - 23:19

Dt Alta: 12/12/2019 - 16:47

Paciente: 131121 RICARDO GOMES DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 201 ORTO-503-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MANOELASTC

CID:

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

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 503135	Prontuário: 131121	SAME: 117727	Hora Atend: 22:18	Data Atend: 08/11/2019
Paciente..... : RICARDO GOMES DA SILVA			Idade: 21 a	
Endereço..... : AV NOVA				
Bairro..... : CENTRO				
Cidade..... : ARACOIABA			UF.: CE	CEP: 62750000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA			Plano....: PLANO UNICO	
CID Principal..... : -				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO				
Data Saída..... : 08/11/2019			Hora Saída : 23:18	

Prestador da Evolução Médica: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA / 14501
CIRURGIA GERAL



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 055676 Série 000104

RICARDO GOMES DA
ASSINATURA DO PORTADOR
SILVA



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome RICARDO GOMES DA SILVA
Loc/Nasc OLINDA Est. PE Data 21 / 12 / 93
Filiação JOSE GOMES SOBRINHO & MARIA LUIZA DA SILVA
Doc. Nº RG-8.394.512-5 SIS-PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
Exp. em Estado
Data Emissão 05 / 01 / 16 SRTE MTENAZ-ARE-DA-MATA-PE
Assinatura do Funcionário



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **106.944.064-73**

Nome: **RICARDO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **21/12/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/06/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:45:15** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8127.B53D.CBFF.0A1A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-3

IMAGEM DIREITA

Rossana Lígia Fernandes Dantas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPIRAÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

PLACAO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

ADCGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINADO DIRETAMENTE

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

CONTRAN

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRANSITO

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATÓRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SUSEP
Clique - SUSEP
0800 02 1848
www.susep.gov.br

ATENÇÃO AO USUÁRIO
Saque DPVAT 0800 022 1204
Saque DPVAT 0800 022 1204

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT:
O seguro DPVAT é obrigatório para todos os veículos de passeio e para os veículos comerciais de carga e passageiros, com exceção dos veículos de transporte coletivo urbano e dos veículos de transporte de passageiros em linha regular.
O seguro DPVAT cobre danos pessoais causados por veículos de passeio e por veículos comerciais de carga e passageiros, com exceção dos veículos de transporte coletivo urbano e dos veículos de transporte de passageiros em linha regular.
O seguro DPVAT cobre danos pessoais causados por veículos de passeio e por veículos comerciais de carga e passageiros, com exceção dos veículos de transporte coletivo urbano e dos veículos de transporte de passageiros em linha regular.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
A cobertura do seguro DPVAT é obrigatória para todos os veículos de passeio e para os veículos comerciais de carga e passageiros, com exceção dos veículos de transporte coletivo urbano e dos veículos de transporte de passageiros em linha regular.
O seguro DPVAT cobre danos pessoais causados por veículos de passeio e por veículos comerciais de carga e passageiros, com exceção dos veículos de transporte coletivo urbano e dos veículos de transporte de passageiros em linha regular.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
A cobertura do seguro DPVAT é obrigatória para todos os veículos de passeio e para os veículos comerciais de carga e passageiros, com exceção dos veículos de transporte coletivo urbano e dos veículos de transporte de passageiros em linha regular.
O seguro DPVAT cobre danos pessoais causados por veículos de passeio e por veículos comerciais de carga e passageiros, com exceção dos veículos de transporte coletivo urbano e dos veículos de transporte de passageiros em linha regular.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **014667393595**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA POR RENOVAÇÃO
1 342587470 ***** 2019

NOME DO VEICULO
RICARDO GOMES DA SILVA

ARACOIABA - PE

106 844 584-13

PLACA ANT/UF

PLACA
FDX5810

ESPÉCIE/VEICULO
PES MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN 250

ANO FAB
2011

ANO MOD
2011

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR/DOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENO COTA ÚNICA
1 *****

VENO COTAS
2 *****

FAZTA/PAV
A 1 *****

PARCELAMENTO/COTAS
3 *****

REM O TAB PARQ/URB
60.11

REM O TAB TOTAL/URB
0.33

DATA DE PAGAMENTO
06/02/19

SEM RESERVA

Roberto Carlos

LOCAL
ARACOIABA - PE

DATA
09/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM E/OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 014667393595 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RICARDO GOMES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradotalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ARACOIABA - PE

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
09/05/19

VIA
1

CNPJ/CNP
106.844.584-13

PLACA
FDX5810

RENOVAÇÃO
342587470

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN 250

ANO FAB
2011

ANO MOD
2011

Nº CHASSI
9CZK016305053793

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)
26.05

DETRAN (R\$)
4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

IOF (R\$)
0.82

TOTAL A SER PAGO (R\$)
84.88

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
06/02/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 05.248.008/0001-04

DESPAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

6102-RN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089545/20

Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA

CPF: 106.944.064-73

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: RICARDO GOMES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

RICARDO GOMES DA SILVA : 106.944.064-73

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: 12/03/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200113033 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P4/8_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: RICARDO GOMES DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: ANX. PRODUTOS

Identidade: 2.391.512 SDS/PE CPF: 106.944.064-73

Endereço: RUA MARIA G PASSO GUERRA SN, RUA VILA NOVA, CENTRO, ARAÇOIABA/PE. CEP. 53.690-000

PROCURADOR (A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 08/11/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ARAÇOIABA/PE EM 17/12/2019
Local e data

Ricardo Gomes da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS E NOTAS
Rua Manoel Carneiro, 37 - Centro - Araçoiaba-PE - CEP 53.690-000
José Uchôa Cavalcanti - Tabelião / Jamisson Queiróz Uchôa Cavalcanti
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
Ricardo Gomes da Silva
lançada em minha presença. Dou fé.
Araçoiaba, 17 de dezembro de 2019.
Em testemunho da verdade.
Jamisson Queiróz Uchôa Cavalcanti (1º Substituto)
Valor Total R\$ 4,91 Válido somente com o selo
0077768.TMP12201901.00037

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200113033 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P4/8_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50