

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, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 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, 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,

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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

RICARDO GOMES DA SILVA

6 - CPF:

106.944.064-73

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA MARIA G PASSOS GUERRA

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA = H

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ARACAJU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.690-000

15 - E-mail:

ballinosp@hotmai.com (81)999441109 - (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:

(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 atende 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. 38, §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)

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 teve filhos?

Sim

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 omisso 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Abreu e Lima/PE 09/03/2020

Ricardo Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

NÃO ALFABETIZADO

581548
008 9545/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033^a CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33^aCIRC
DIM/8^aDESEC

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 - Culposo (Consumado) 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 (VITIMA)

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** Mão: **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: **CAMINHAO/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 ARRÃES 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

-Bicampeão Gaúcho de Sobe e Desce
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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ricardo Gomes da Silva

6 - CPF:

106.944.064-73

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA MARIA G PASSOS GUERRA

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA = H

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ARACAJU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.690-000

15 - E-mail:

ballinosp@hotmai.com (81)999441109 - (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:

(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 atende 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. 38, §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)

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 teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Sim

pais/avós vivos?

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 omisso 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Abreu e Lima/PE 09/03/2020

Ricardo Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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 Frendão de Melo
CORRUMPE 590539- 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: 00001060118-8

Nr. da Autenticação 9574F33F6B3D9EED

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 DEZ/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019			TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

ÁGUA:

LEIT ANT: 4 CONSUMO:1
LEIT ATU: 4
LEIT FAT: 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2019	01	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
10/2019	01	TURBIDEZ	48	48	45
09/2019	01	COR APARENTE	48	48	32
08/2019	01	CLORO RESIDUAL	48	48	48
07/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
06/2019	01	E. COLI	48	48	48
MEDIA:	01				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIGAÇÃO 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIB CORR	108,92	1,65	1,80
	108,92	7,60	8,28

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

MENSAGEM:

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
(81) 3221-3592/98476-3207

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoras.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/BIBLIOTECAWEB/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 N° **106.944.064-73** do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima **Ricardo Gomes da Silva**, inscrito (a) no CPF sob o N° **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 Lider-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	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com			Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

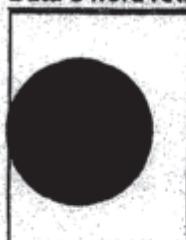
Abreu e Lima/RN 09 de Março de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
 Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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:

CO+ENT

: 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 VITIMADO 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.....



RECORRIDO
ME. LIMA

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

Data Impressão: 08/11/2019 22:09

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 VESTO, NELEA PELAS DO CONSEGUINTE
VOMITOS, DIARRÉIA E FEVEREIRA,*

Exame Físico

FRATURA EXPONTÂNEA PERN (E)

RADIOP

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

23-00

H OBST M.N.

H.D. FRVX DO OSSO DA Perna DO

*do dor = (frax); principais causa
frax no Perna*

e) INTL & CULGA

*Ivan Marinho Guedes
Traumatologista
Cirurgião da Orelha
CRM 14501*

Assinatura e Carimbo/Médico

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	<i>AT=503140</i>	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 700808453039582	8 - Data de Nascimento 21/12/1997	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor X 1 3	10.1 - Etnia 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 ARACOIABA	17 - IBGE	230120	18 - UF	CE
			19 - CEP	62760000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais Sinais e Sintomas Clínicos - ATÉ COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 2 HORAS, FRATURA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA. - O PELO SAMU.	
---	--

21 - Condições que justificam a Internação FRATURA EXPOSTA DE OSSO DA Perna			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas RS = FRATURA DE PARTE DISTAL DA DIAFISE DE TIBIA E FIBULA			
23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	24 - CID 10 Principal S822	25 - CID 10 Secundário V299	26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA			
28 - Código do Procedimento 04080605000	29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 5	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
			32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 204322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA		34 - Data da Solicitação 08/11/2019	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho) Dr. Karo Molim de S. Pereira 14501 Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / E
38 - () Acid. Trabalho Trajeto		
45 - Vínculo com a Previdência		
() Empregado	() Empregador	() Autônomo () Desempregado () Apos

AIH
261910224221-8

AUTORIZAÇÃO	
46 - Nome do Profissional Autorizador	
47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	

AIH
261910224222-9

48 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
50 - Data da Autorização	
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

*Dra. Luciana Mose
Traumato - Ortoped
CRM: 17.171*

AIH
261910224223-0

AIH
261910224224-0

Aviso de Cirurgia : 60792

* Paciente : 131121

Convênio Atend. : 1

Leito : 228

Dt. Início : 09/11/2019 00:30

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0002 SALA 02

RICARDO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 001

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

Atendimento : 503140

Carteira :

Idade : 21 Anos

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
ANESTESISTA

17460 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. AMPLIACAO 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;
6. REDUÇÃO COM ALINHAMENTO DA FRATURA DA TIBIA E APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 4 PINOS DE SCHANZ 4,8 E DUAS BARRAS NA MESMA;
7. SUTURA DA FERIDA C/ NYLON;
8. CURATIVO ESTÉRIL.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
17/11/99
CLAUDEIAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Icaro Molim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

DR(A) : JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
CRM : 17460

Aviso de Cirurgia : 61044
Paciente : 131121
Convênio Atend. : 1
Leito : 201
Dt. Início : 21/11/2019 14:20
Cid Pré-Operatório : S822
Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0002 SALA 02
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 14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: ABSCESSO EM Perna ESQUERDA
CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + 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 ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO POR ACESSO PREVIO EM FACE ANTERIOR DE 1/3 MEDIO DE PERNAS ESQUERDA
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
IMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REALIZADO COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
6. APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA FERIDA COM FIOS NYLON
7. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
11/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9524
CRM-PB 23309

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313

Aviso de Cirurgia : 61325 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 131121 RICARDO GOMES DA SILVA
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO
Leito : 201 ORTO-503-LEITO 001
Dt. Início : 04/12/2019 17:42 Dt. Fim : 04/12/2019 18:42
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA.
Cid Pós-Operatório : S822 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 PERNAS ESQUERDA;
- 4- DISSECCÃO 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- SAÍDA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ícaro Môlim de Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 26560 PE

17/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM : 15483

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 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 09:00

Atendimento : 503140
Carteira :
Idade : 21 Anos

FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DA PERNAS
FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DA PERNAS

Procedimento: 0401020029

ENXERTO DERMO-EPIDERMICO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

JRGIAO

15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: ÁREA CRUENTA EM FACE ANTERIOR DA PERNAS ESQUERDA (RETALHO MUSCULAR)

PROCEDIMENTO: ENXERTO DE PELE PARCIAL

ÁREA DOADORA: COXA ESQUERDA

CIRURGIÃO: 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

11/12/19
FATURADO
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM : 15483

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: RICARDO GOMES DA SILVA

DATA NASC.: 21/12/97

NOME SOCIAL:

REG: 131121

IDADE: 21 SEXO: M

DATA DA ALTA: 12/12/19

DATA DA ADMISSÃO: 09/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA
- DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA COM PERDA DE COBERTURA CUTÂNEA EM PERNAS 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 PERNAS ESQUERDA
- 11/12: ENXERTO DE PELE PARCIAL EM RETALHO DE PERNAS 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 PURULENTA, 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 Mosep,
Traumato - Ortopedista
CRM: 11.771

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP. : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **503140**

Usuário: **WESLEYFS**

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	RICARDO GOMES DA SILVA			Prontuário:	131121
Idade:	21a 10m 18d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão :				Escolaridade :	
R.G.:	8391512	C.P.F.:		Telefone:	
Endereço:	AV NOVA			, 14	- CENTRO
Origem:	INTERNACAO			CEP:	62750000
Convênio:	SUS - INTERNACAO			-ARACOIABA	- CE
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.:	FATURADO
Endereço:	- Numero:	7/12/19	
Telefone:	Cidade:	CLAUDEIAN SOUSA TURISTA	
	Estado civil :	<i>Ons.</i>	

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: Bom REVISADA

Diagnóstico Principal.....: ① Fract. exposte do osso de punho

Diagnóstico Secundário01.: ② Fract. da ulna e do rádio

Diagnóstico Secundário02.: ③ Duplicação de fr. de punho

Procedimento.....: ① Ie + ex + FG limpa de tâme

② LCTSC + cultura

③ Retalho luminolico

④ Enxerto de pele em retalho

Dr. Luciano Moser
Traumatologista

CRM: 17.171

Médico e CRM:

RICARDO GOMES DA SILVA

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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 _____

RICARDO GOMES DA SILVA

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Ricardo Gomes da Silva REG: 131121
 CLÍNICA: C3 ENFERMARIA: S03 LEITO: 01

DATA/HORA	#SOT#
17/11/19 13:10	<p>HQ: Rx esporta de ossos da perna E PO (09/11): LTC+DC+RFPE linear em fibra E</p> <p>Paciente estável, sem novas queixas. Apresenta redução de edema da perna E, com FO e traços de pinos limpos e secos.</p> <p>EGB: LOTE; eupneico e afibril.</p> <p>CD: Aguarda cirurgia amanhã.</p>
18/11/19 10:00	<p>HQ: A mesma PO: O mesmo</p> <p>Psic. entre elas, cistite, eupneico, consciente. Podeu FO secreta.</p> <p>CD: Aguarda nova enxada egrá</p> <p>DIA 21/11</p>
19/11/19 13:30	<p>HQ: A mesma PO: O mesmo</p> <p>EVOLUI BEM, ESTABIL, E-PNEICO</p> <p>FO SECRETA</p> <p>CD: Aguarda cirurgia 21/11</p>
20/11/19 17:10	<p>HQ: A mesma PO: O mesmo</p> <p>Psic. + FO elusiva, BEM, estabil</p> <p>SEM QUEIXAS</p> <p>CD: AGUARDA CIRURGIA FUTURA</p>
21/11/19 19:00	<p>HQ: - BC #</p> <p>Pela remissão e medicament uniglo sem interconexão. A M</p>



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



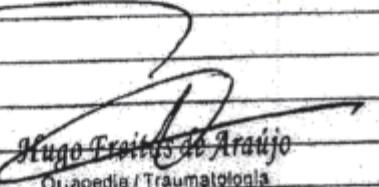
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ricardo Gomes da Silveira Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Leito: _____

Data/Hora	
	18/12/19
	# Cirurgia da Mão
	# 1º Encontro dos Anos de Paine (08/12/19)
	# Rua de Tupi Sul (2º Semestre de P.O.)
	Paciente trazia um relato queixa do nome: Enxerto intercado localização: dedo intercado ad: Aldeia do Moinho
	
	Hugo Freire 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 ORTOPEDIA 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



SEPROF

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome RICARDO GOMES DA SILVA

Loc./Nasc. OLINDA Est. P.E. Data 21 / 12 / 93

Filiação JOSE GOMES SOBRINHO e MARIA LUIZA DA SILVA

Doc. Nº RG-8.391.512-SDS-P.E.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
Exp. em Estado

Obs.

Data Emissão 05 / 01 / 16 SRTE MENEZES ACE 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**

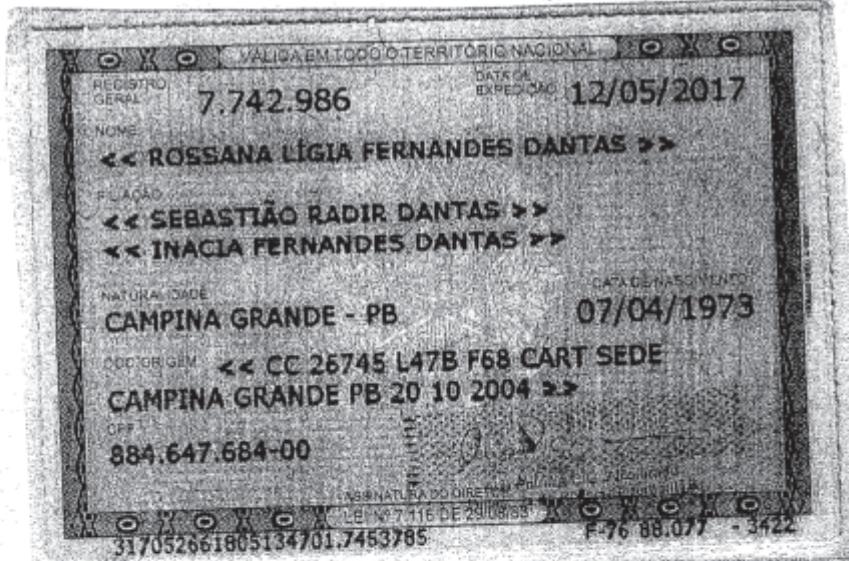
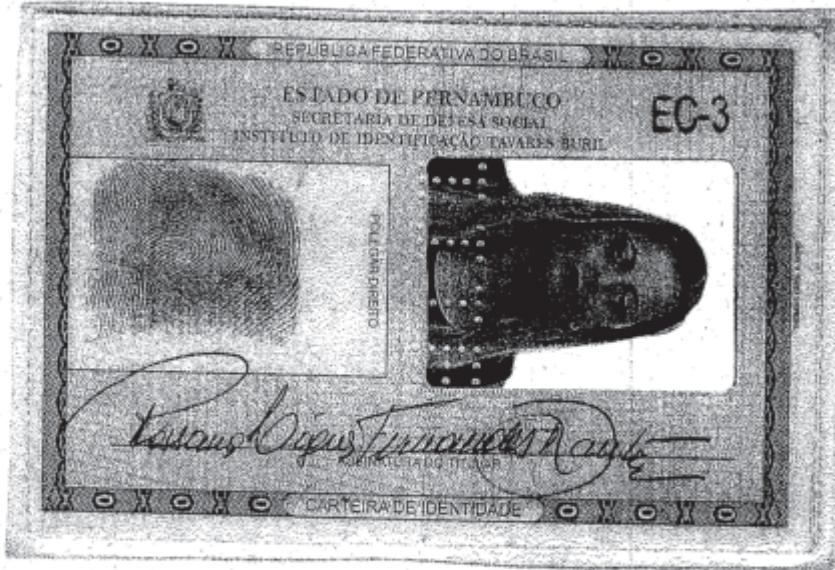
Dígito Verificador: **00**

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.)





www.technopedia.com
0900 081 9496
0900 081 9496

—IPVA - 3: GUIA DO GESTAO UNICA

ENCARGOS DO DETRAN

IPVA - 2º COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

-1PVA - 1: COT/4

SEGURO OBRIGATÓRIO —

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 014667393595
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA	COD. RENAVAM	DATA DE Nascimento	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	342567470	* * * * *	* * * * *	2019

RICARDO GOMES DA SILVA

• 100 •

100-544-314-3 FOX 5910

<u>PLA MOTOCICLETA</u>	<u>ALCO/GASOL</u>
MARCA-MODELO	ANGLAB ANGLO 400

CARROZERIA **CATEGORIA** **CORTE DOMINANTE**
2P/149CL **PARTIC** **FRETA**

1. IVA 2019 QUITADO

50.11 7.1 0 32 154.56 10 06/02/19

SEM RESEARCH - 1970-1971

100000-12112	LOCAL	DATE
ARACOIA 5A-DE		09/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Roberto F. Siller

卷之三

SEGUROURA LIDER - UFVAT
CNPJ 06.248.300/0001-04



ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 3: COTA OU COTA UNICA

IPVA - 2: COTA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

IPVA - 1: COTA

SEGURO OBRIGATÓRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADESDETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVIAÇÃO / CAD. RENAVAM / INTRIO / EXERCÍCIO
1 342567470 ***** 2019

NOME: RICARDO GOMES DA SILVA

ARACAJA-PE

PLACA: 106.944-004-73 CFBX5830

PLACA ANTO/UF: RENAVAM: CHASSI: 4UZFCR055UBR57789

TIPO: PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: ÁLCOOL/GÁSOLIN

MARCA/MODELO: HONDA/CB 150 TITAN ESD ANO FAB: 2011 ANO MOL: 2011

CAPACIDADE: 29/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: IPVA 2019 QUITADO VEND COTA UNICA: 19.*****.00

PVA: FAIXA IPVA: PARCELAGEMTO/COTAS: 28.*****.00 30.*****.00

PRÉMIO TARIFÁRIO: 00.11.16 10.324,54.50 DATA DE PAGAMENTO: 06/02/19

SEM RESENHA.

Roberto Carlos Moreira Fontelles

ARACAJA-PE

Roberto Carlos Moreira Fontelles

SUSEP	
DEPART. - Susep	0800-001-846
www.susep.gov.br	
www.susep.gov.br	

IPVA - 3: COTA OU COTA UNICA

IPVA - 2: COTA

IPVA - 1: COTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089545/20

Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA

CPF: 106.944.064-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: RICARDO GOMES DA SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA 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
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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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: Aux. Prowess
Identidade: 7.391.512 SOS/PE CPF: 106.944.064-73.
Endereço: Rua Maria G Passo Guerra SN, Rua Vila
NOVA, CENTRO, AREIA/PE/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 epígrafe 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.

Aracoiaba/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 MORTAS DE ARACOIABA - PE
Rua Manoel Camelo, 37 - Centro - Aracióiba-PE - CEP 53.690-000 - Fone: (83) 3.8814
José Uchôa Cavalcanti - Tabelião / Jâmisson Queirós Uchôa Cavalcanti - Substituto

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
Ricardo Gomes da Silva
lançada em minha presença. Dou fé.
Aracióiba, 17 de dezembro de 2019.
Em testemunho _____ verdade.
Jâmisson Queirós 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

Valorização 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