



Número: **0069152-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.956,25**

Assuntos: **Seguro**

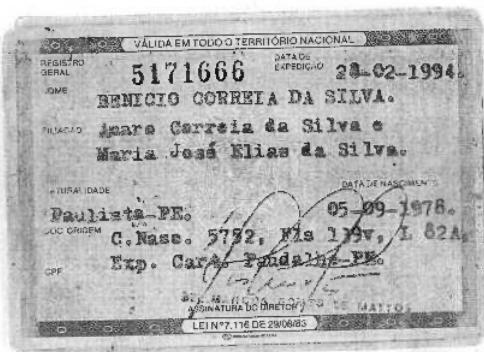
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

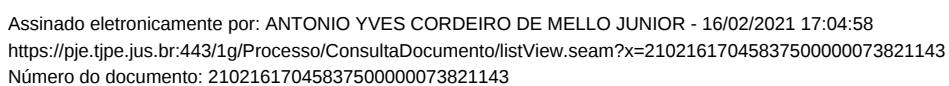
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BENICIO CORREIA DA SILVA (AUTOR)		KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75325344	16/02/2021 17:04	ANEXO 1	Outros (Documento)

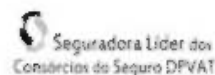




WILLIAM EMMETT
a TRUCKING COMPANY
1302534384



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067274/20

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

CPF: 023.020.364-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2019

Titular do CPF: BENICIO CORREIA 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
Outros

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

BENICIO CORREIA DA SILVA : 023.020.364-76

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: 19/02/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083441 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO PUNHO DIREITO ASSOCIADO A DÉFICIT DA FORÇA MUSCULAR.
AUSÊNCIA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
SEM ALTERAÇÕES ABDOMINAIS AO EXAME FÍSICO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO (FIXAÇÃO METÁLICA), SUTURA DO COTO DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO.
REALIZOU FISIOTERAPIA.
VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO PUNHO DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO POR AUSÊNCIA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Benício Correia da Silva, Brasileiro (a),
portador(a) do RG nº 51.11.666, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob
nº 023.10201364-76 Residente na Rua
Rua Imze, Nº 63, Bairro Primavera, Município
de Paudalho -PE,

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG:
4.250.694, SSP/PE, Inscrição no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera,
Primavera, Paudalho-PE

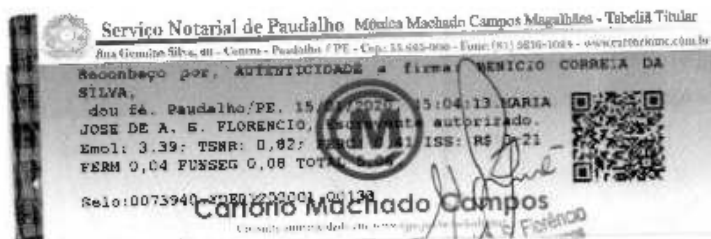
PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima
qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la
Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na
cobertura: DAMS/INV, Víctima de acidente de trânsito no dia 16/11/2019.
Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher
Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias, pegar cópia de
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar
e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e
pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim
de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL,
Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas
necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Paudalho, 15 / 01 / 2020

Reconheço
Antônio Machado Campos

Benício Correia da Silva

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067274/20

Número do Sinistro: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

CPF: 023.020.364-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BENICIO CORREIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 28/02/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges





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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00101/00102 - carta_03 - INVALIDEZ

00070051



Carta nº 15550310





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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15550311

Pag. 01867/01868 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01743/01744 - carta_02 - INVALIDEZ

00040872



Carta nº 15571423





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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BENICIO CORREIA 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\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: BENICIO CORREIA DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 0000014045-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 023.020.364-76 4 - Nome completo da vítima: BENICIO CORREIA 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: BENICIO CORREIA DA SILVA 6 - CPF: 023.020.364-76
7 - Profissão: MAO ROSSKI 8 - Endereço: RUA ONZG 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JIMARVENA 12 - Cidade: JARDALHO 13 - Estado: XE 14 - CEP: 53825-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99253-2981

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4739 CONTA: 00014045 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (menino)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JARDALHO 27/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200083441
Nome do(a) Examinado(a): Benício Correia da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Onze, 63
Primavera Paudalho PE CEP: 55825-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5171666
Data local do acidente: [16/11/2019]
Data local do exame: [10/03/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE DISTAL DE 5 QDE, TRAUMA ABDOMINAL FECHADO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE DO PUNHO DIREITO, SUTURA DO COTO AMPUTADO NA MÃO ESQUERDA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TRAUMA ABDOMINAL. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE PUNHO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA COM EXAME ABDOMINAL INOCENTE, SEM SINAIS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA. TEM PERDA ANATÔMICA DE FALANGE DISTAL DE 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA. PUNHO DIREITO COM BLOQUEIO ARTICULAR, REALIZA FLEXÃO A 40 GRAUS, EXTENSÃO A 30 GRAUS, DÉFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO GRAVE DE PUNHO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, PERDA ANATÔMICA GRAVE DE 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela):
PUNHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742

Leonardo Neves
Médico
CRM/PE 17742



de 2

14/12/2019 11:08



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137002536

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2019 às
11:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/11/2019 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, BR 408, - Bairro:**
CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BAR
DA TRIPA
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoas(s) envolvidas na ocorrência:

NAO EXISTE (AUTOR \ AGENTE)
JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (OUTRO)
BENICIO CORREIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
BENICIO CORREIA DA SILVA

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

BENICIO CORREIA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSE ELIAS DA SILVA Pai: AMARO CORREIA DA SILVA Data de Nascimento: 6/8/1973
Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6171686/SSP/PE (RG)** Estado
Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 995467682

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 63, RUA 11, PRIMAVERA - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DE
MARPEÇAS E IGREJA DO IRMAO SERAFIM

NAO EXISTE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOELMA VIEIRA DE MELO DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): BENICIO CORREIA DA SILVA



14/12/2019 13:06

de 2

Categoria/Material/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PED4477 (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: 18813388 Chassi: SC1K238808418412
Ano/Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOI A PESSOA DE BENICIO CORREIA DA SILVA RELATANDO:
QUE NO DIA 14/12/2019 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA
PELA BR 408 SENTIDO PAULISTA-CARINHA, QUE AO SE APROXIMAR DO BAR DA
TRIPA SOLIU COM UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA FAIXA DE ROLOMENTO
DA RODOVIA, QUE CAIU NA VIA PUBLICA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA
UNIDADE MISTA DE CARINHA CONFORME QTC-748893, QUE EM SEGUIDA FOI
TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE, POSTERIORMENTE
PARA O HOSPITAL MEMORIAL EM JARUATATOS DOS GUARANAPES.

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

BENICIO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: RAFAEL LIMA FLORENCIO - Matrícula: 273882-9





14/12/2019 11:08

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137002536

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2019 às
11:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/11/2019 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, BR 402, - Bairro:**
CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BAR
DA TRIPA
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO EXISTE (AUTOR \ AGENTE)
JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (OUTRO)
BENICIO CORREIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
BENICIO CORREIA DA SILVA

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

BENICIO CORREIA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSE ELIAS DA SILVA Pai: AMARO CORREIA DA SILVA Data de Nascimento: 6/8/1971
Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5171000/SSP/PE (RG)** Estado
Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 986467692

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 63, RUA 11, PRIMAVERA - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DE
MARPEÇAS E IGREJA DO IRMAO SERAFIM

NAO EXISTE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): JOELMA VIEIRA DE MELO DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): BENICIO CORREIA DA SILVA



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE05477** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: **103270800** Chassi: **9C2KC2500GR018422**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE BENICIO CORREIA DA SILVA RELATANDO: QUE NO DIA 16/11/2019 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA PELA BR 498 SENTIDO PAUDALHO-CARPINA, QUE AO SE APROXIMAR DO BAR DA TRIPA COLIDIU COM UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA FAIXA DE ROLAMENTO DA RODOVIA, QUE CAIU NA VIA PUBLICA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA CONFORME QTC-708989, QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL EM JABOATÃO DOS GUARARAPES.

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

BENICIO CORREIA DA SILVA
BENICIO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)

Rafael Lima Florencio
B.O. registrado por: **RAFAEL LIMA FLORENCIO** - Matrícula: **273603-9**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 023.020.364-76 4 - Nome completo da vítima: BENICIO CORREIA 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: BENICIO CORREIA DA SILVA 6 - CPF: 023.020.364-76
7 - Profissão: MÃO DE OBRAS 8 - Endereço: RUA ONZEG 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM VERA 12 - Cidade: JARDALHO 13 - Estado: XE 14 - CEP: 53825-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99253-2981

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4739 CONTA: 00014045 (8) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? ☐ 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 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JARDALHO 27/12/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): BENICIO CORREIA DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

Remoção do PI HR sem senha

ATC-708909

1. Hora do chamado: 06:40	2. Chegada ao local: 06:45	3. Saída do local: 06:49	4. Hora de conclusão: 11:58	5. Saída do hospital: 11:58					
6. Motivo/Solicitação: Colisão moto x Cavalos									
8. Tipo de recurso: ☐ 1. UBA ☒ 2. USB	7. Data: 16/11/19								
9. Origem do acionamento: ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública	10. Médico regulador: ☐ 3. VTR ☐ 4. Helicóptero								
12. Paciente: Benício Correia da Silva	11. Rádio operador: Juan								
14. Data de nascimento: 05/09/78	15. Idade: 40	13. Solicitante: Ednaldo							
17. Logradouro: BR 408	16. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino								
19. Bairro: <i>Antônio Carpinha</i>	18. Nº: <i>18</i>								
21. Zona: ☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural	20. Município: Paudalho								
23. Local de ocorrência: <i>Próximo ao Bar da Tupa</i>	22. Referência: <i>Próximo ao Bar da Tupa</i>								
24. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não	25. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa oculta ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. Pediátrico								
26. Tipo de vítima: ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro	27. Meio de locomoção da vítima: ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé								
29. Natureza do acidente: ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento	28. Mecanismo do trauma: ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal								
30. Uso de capacete pela vítima: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não	31. Uso de cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não								
33. Intoxicação Exógena: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas	32. Uso de bebida alcoólica pela vítima: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não								
36. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca	34. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: <i>1m</i>								
37. Tentativa de suicídio: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não	38. Outros acidentes: ☐ 1. Afogamento ☐ 2. Soterramento								
39. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída	41. Circulação/pulso: ☐ 1. Ausente ☐ 2. Presente								
43. Neurologia: ☐ 1. Normal ☒ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação	42. Perda de consciência: ☐ 1. > 2 Segundos ☐ 2. < 2 Segundos								
45. Coloração da pele: ☐ 1. Normal ☒ 2. Pálido	44. Escala de CINCINATI: ☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Desvio de comissura labial								
47. Alergia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não	46. Pupilas: ☐ 1. Míopes ☐ 2. Midríase								
Qual? <i>Qual?</i>	48. Uso medicamento: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não								
50. Abertura ocular (AO): ☒ 1. Espontânea (4)	49. Alguns palpites: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não								
51. Resposta verbal: ☒ 1. Orientada (5)	Qual? <i>Qual?</i>								
52. Resposta Motora: ☒ 1. Obedece a comandos (5)									
53. Sinais vitais - SSVV									
HORA: 06:50									
PA: 110x70 mmHg									
FC: 105									
FR: 20									
TEMP: 35,6°C									
HGT: 202									
SpO2 %: 97,1									
54. Principais lesões	Crânio	Faca	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
Amplicação								Esquerdo	Direito
Contusão									
Excoriação									
Ematoma									
Perfurante									
Contuso									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura									
Presença de sangramento									

65. Conduta

☒ 1. Imob. Coluna cervical ☒ 2. Utilização de pranchas
☒ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED
☒ 5. Oxigenoterapia

Realizado todo protocolo de triagem.

66. Unidade de destino: **HR**

67. Médico que recebeu: **Jamile Cabral**
Diretoria Geral
CRM - 21858

68. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem: **Eliair**

Condutor/Piloto: **Gilmar**

Responsável pelo preenchimento: **Eliair J. J. J.**

Solicitou apoio da UTI ☐ 1. Sim ☒ 2. Não

Observações:

Redirecionamento ☒ 1. Sim ☐ 2. Não

Causa:

Destino: **HR**

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

59. Cancelamento de ocorrência

☐ 1. Pelo médico registrador ☐ 2. Pelo solicitante
☐ 3. Por erro ☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data: / /

61. Múltiplas vítimas: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

62. Outras descrições:

Vítima de colisão moto + carro, o mesmo estava pilotando a moto de capa este que foi tirado do veículo por populares o mesmo não consente e orientado verbalizando queixa de forte dor abdominal, está com fratura fechada no punho (D) e amputação parcial da falange distal não foi realizado punção de comp. vivo + fixação, onde foi levado pelo médico da UBA no local da ocorrência estabilizado na UCE. medicado com 3 tramal 100mg e redirecionado sem risco para HR, onde foi atendida realizada tomografia e autorizada tirar prancha e colar cervical, e seguir as cuidados médicos e de enfermagem.

Seu



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.543,75
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000014045-8

Nr. da Autenticação DEBBE89F411EB7CB





CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURAS - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50000-002
CNPJ 10.935.842/0001-05 | Insc. Est. 005943-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ONZE 63

CPF: 004.138.344-47 NIS: 20072700313

PRIMAVERA PAUDALHO
PAUDALHO PE
5525-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

09/1587588 ÚNICA 18/10/2019
18/10/2019 2002560804 2275419

DATA CONTABILIZADA 10/2019
DATA DE VENCIMENTO 25/10/2019
DATA DE PAGAMENTO 19/11/2019
TOTAL A PAGAR 67,43

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19750007	5,92
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,55072974	38,71
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	40,0000000	0,50076881	20,32
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,81
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,81
Contrib. IUM Pública Municipal			12,12
ICMS Subvenção-COE-NF 073891520-1 BOMV18			0,71
Multa por atraso NF 073891520-1 BOMV18			1,82
Multa por atraso NF 073891520-1 BOMV18			0,84

TOTAL DA FATURA

67,43

ÍNDICE	TÍPO DA FUNÇÃO	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍNDICE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
1587588	ÚNICA	18/10/2019	18/10/2019	27.925,00	18/10/2019	27.925,00	21	1,00000		140,00

MÊS	ÍNDICE	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	%
OUT 19	140			
SET 19	126			
AUG 19	106			
JUL 19	108			
JUN 19	244			
MAY 19	73			
ABR 19	101			
MAR 19	187			
FEB 19	145			
JAN 19	144			
DEZ 18	184			
NOV 18	172			
OUT 18	180			

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
ICMS	12,34	1,81
PIS	12,34	1,81
COPING	12,34	1,81

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh - 38,71
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh - 20,32

ETISA UCPH MUEL 725 SET 2019 CLAS 7457

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais com renda mensal de até 3 salários mínimos. Para saber se você tem direito, consulte o site www.celpe.com.br. A tarifa social é concedida por 12 meses, podendo ser renovada automaticamente. O consumidor deve manter a tarifa social em vigor, sob pena de cancelamento. O consumidor deve manter a tarifa social em vigor, sob pena de cancelamento. O consumidor deve manter a tarifa social em vigor, sob pena de cancelamento.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
O consumidor deve manter a tarifa social em vigor, sob pena de cancelamento. O consumidor deve manter a tarifa social em vigor, sob pena de cancelamento. O consumidor deve manter a tarifa social em vigor, sob pena de cancelamento.

ÍNDICE	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	%
OUT 19	140		
SET 19	126		
AUG 19	106		
JUL 19	108		
JUN 19	244		
MAY 19	73		
ABR 19	101		
MAR 19	187		
FEB 19	145		
JAN 19	144		
DEZ 18	184		
NOV 18	172		
OUT 18	180		



2a VIA

CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5586
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA CPF: 919.419.384-34 NIS: 12523181675		DATA DE VENCIMENTO 21/02/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 50,76		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/02/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/02/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 097029988		CONTA CONTRATO 007026223177 Nº DO CLIENTE 2915924566 Nº DA INSTALAÇÃO 0006468346	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO PRIMAVERA 5 -PR -- PRIMAVERA/PAULISTA DO 65625-000 PAULISTA DO PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO 9894.0B82.9EF0.9659.43E4.4697.F64C.7572					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cpfes.com.br .							

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,99967836	2,99
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	78,00	0,17087719	13,36
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	15,00	0,3631578	5,44
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09172149	2,74
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	78,00	0,15723884	11,30
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	15,00	0,23585328	3,53
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 089385735 - 28/12/19			0,68
Juros por atraso-NF 089385735 - 28/12/19			0,41
Atualização IGPM-NF 089385735 - 28/12/19			0,68
TOTAL DA FATURA			50,78

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	36,52	0,75	0,27
					36,52
					2,49
					1,27

NEW AT 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO DÓTR.		
Veículo	DI RENT	Valor
3484720	1408238	53,19

Não considerado RAO sobredito pelo de débitos anteriores o RAO contemplado débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de restrição, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 88 RER 414/Anel. Podem ocorrer ajustes de cobrança, sendo como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,99967836	FEV 20	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16333200	JAN 20	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,36548969	DEZ 19	
Consumo-TE até 30 kWh	0,09172149	NOV 19	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15657000	OUT 19	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,23585328	SET 19	
		AGO 19	
		JUL 19	
		JUN 19	
		MAI 19	
		ABR 19	
		MAR 19	
		FEV 19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	15,98 46,10
Transmissão	1,83 5,28
Distribuição (Telpo)	11,72 32,98
Encargos Setoriais	1,14 3,12
Tributos	1,54 4,32
Perdas de Energia	3,88 10,10
TOTAL	30,52 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DEAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO, kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
090000003170294725	CAT	17/01/2020	3.350,00	14/02/2020	3.465,00	26	1,00000	0,00	115,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/02/2020					
--	--	--	--	--	--

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
dez/2019					
DICR-Med. de horas sem Energia	PAIDALHO	3,25	10,87	21,74	43,40
FIC-Med. de vezes sem Energia		1,00	7,87	15,34	30,59
DMMC-Duração máxima de interrupção contínua		3,25	5,88	0,89	0,09
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 48,00	

EUSO-Med. de Consumo de Uso = R\$ 17,00	
---	--

Ficha Consumidor pode analisar a magnitude dos indicadores DIC, FIC, DMMC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Lanchonete Almeida: av. Costa e Silva centro / polimark comunicação assessor: rgulheiro silva 48 control-lata completa em www.cripe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível do fornecimento. Pago, em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária na próx. mês de acordo do ICMS conforme art. 9, XLVIX, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.436 de 26/04/02 - R\$ 30,24. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.		NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)										
	MÍNIMO	MÁXIMO									
220	202	231									

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026223177	02/2020	50,76	21/02/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
---	-----------------------





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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

Manoel Antonio de Almeida

inscrito (a) no CPF/CNPJ

919.489-384,34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Benício Correia da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.020.364-76

do sinistro de DPVAT cobertura

invalidez

da Vítima

Benício Correia da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº

023.020.364,76

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:

Lo Primavera

Número: 5

Complemento:

Caba

Bairro:

Primavera

Cidade:

Paudalho

Estado:

PE

CEP:

55825 000

E-mail:

Tel (DDD):

(81) 9.9534-7625

Local e Data:

Paudalho 14/02/2020

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº. Ocorrência: 0071954

Prontuário: 00040846-8

Nome: BENICIO CORREIA DA SILVA

Endereço: LOT. PRIMAVERA - RUA 11

Cidade: PAUDALHO/PE

Documento:

Mãe: MARIA JOSE ELIAS DA SILVA

Profissão: PEDREIRO

Bairro: PRIMAVERA

CNS:

Idade: 41 ANOS, 2 MESES E 11 DIAS

Dt. Nasc.: 05/09/1978 - Sexo: M Est. Civil: CASADO

CEP:

Nac:

Tel.:

Sispre natal:

Pai:

Responsável: LEONARDO - VIZINHO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
16/11/2019 07:15	0071954	ACIDENTE DE MOTO
16/11/2019 07:14	0071953	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	110x60	Hgt: 92		

Queixas / Diagnóstico

saúz: 95% em venturi
Pote vtrac de cbaço
autobalística: POSSIVEL
hemorragia abdominal

Tratamento

TRAMADOL 02 Amp EV

Dr. Rodrigo Wanderley
Médico
CRM/PE 27219

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

40: TRAUMA ABDOMINAL

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às _____ h _____ m do dia _____

Data saída:

hora saída:

Data da impressão: Sábado, 16 de Novembro de 2019 às 07:15

Recepcionista: SILVIA LUCAS

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 20/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 25/11/2019

DATA DE ALTA: 27/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/12/2019 **HORÁRIO:** 07:00.

MEDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 27 DE NOVEMBRO DE 2019


MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 20/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 25/11/2019

DATA DE ALTA: 27/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/12/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 27 DE NOVEMBRO DE 2019


MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jabotão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjp.org



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

PRONTUÁRIO: 777927

SOLICITO:

RX DE PUNHO DIR AP PERFIL

DR(a): GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA


ASSINADO POR: LEONARDO MELLO COSTA
CRM 3550

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1511020/2019.

NOME: BENICIO CORREIA DA SILVA.

Foi atendido às 08h43 do dia 16.11.2019.

Diagnóstico provável: Politrauma - Trauma Torácico -
Contusão Pulmonar -
Fratura Abdominal Fechada - Hematoma
Abdominal - Trauma de Membro Distal Direito
(Acidente Auto-Caval)
Amputação Traumatizada de Falange Distal de Dedo
Tratamento realizado: TAC DE CÂVIO - TAC DE COLUNA
CEVICAL S/ LESÃO NEUROVASCULARES ECG=IS
TAC TÓRAX - CONTUSÃO PULMONAR - TAC DE
ABDOMEN - HEMORRAGIA + B. Ovarianos
Suporte Clínico

Obs. HOSPITAL MEMORIAL JOÃO BATISTA DOS SANTOS
Em 20.11.2019 às 23:50h

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 27-12-2019

S - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Médico SAA

4533

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

