
Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022889

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022889

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022889

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000002125**

Conta: **0000055259-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022889

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022889

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA
FILHO

Data do acidente: 30/08/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA DIREITA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO (APROX 120 GRAUS DE ABDUÇÃO E ROTAÇÃO). FORÇA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **04655418443** 4 - Nome completo da vítima: **ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**

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

5 - Nome completo: **Arnaldo Salustiano da Silva Filho** 6 - CPF: **04655418443**
7 - Profissão: **Receptionista** 8 - Endereço: **Rua: 28** 9 - Número: **08** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **Nossa Senhora do O** 12 - Cidade: **Lagoa** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55590-000**
15 - E-mail: **assf-dinho@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **81991633529**

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 (ANEX):



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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2125** **13** CONTA: **00055259** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autoriza 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 CIVI) 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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

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: **Andrea Alves das S. Nascimento**
CPF: **03652922492**
Andrea Alves das S. Nascimento
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: **Ana Carolina Nunes**
CPF: **08791208432**
Ana Carolina Nunes
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **Lagoa, 103 da Imbellro de 200**
Arnaldo Salustiano da Silva Filho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA



603689 001072754 9164

ARNALDO SALLUSTIANO S FILH

VALID THRU 10/24

2126 013 000180269-0



mastercard

**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: 3200022889
Nome do(a) Examinado(a): Arnaldo Salustiano da Silva Filho
Endereço do(a) Examinado(a): R 28, 08 Casa
Nova Descoberta Escada PE CEP: 55500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MEX / PE] 638130
Data local do acidente: [30/08/2018]
Data local do exame: [03/02/2020] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO EM OITO.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO (APROX 120 GRAUS DE ABDUÇÃO E ROTAÇÃO). FORÇA PRESERVADA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL AO OMBRO DIREITO.
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" () "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Seqüela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

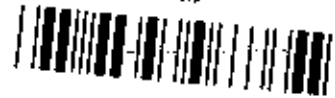
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 043ª CIRCUNSCRIÇÃO - PORTO DE GALINHAS - DP43ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0133002825

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2018** às **18:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/8/2018** às **10:40**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SERRAMBI, 1, BR 051 - Bairro: SERRAMBI - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTORIA DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
 NAERCIO ANTONIO DE SANTANA FILHO (OUTRO)
 ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (VITIMA)
 CRISLAYNE KÂMILA DA SILVA RIBEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA ALVES DA SILVA Pai: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA Data de Nascimento: 11/3/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 638130/MEX/PE (RG), 04655418443 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 081991633529

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 8, RUA 28-LOTEAMENTO CANOAS - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CRISLAYNE KÂMILA DA SILVA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: BRIVÂNIA MARIA DA SILVA RIBEIRO Pai: ARNALDO BATISTA RIBEIRO FILHO Data de Nascimento: 2/3/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9696116/SDS/PE (RG), 12111063495 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 0819961913137

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 64, RUA PEDRO DE SOUZA LEÃO - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAERCIO ANTONIO DE SANTANA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, , RUA DA ESCOLA EDUARDO CAMPOS - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUTORIA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NAERCIO ANTONIO DE SANTANA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDR7425 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **115289429** Chassi: **9C2JB0100JR040755**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Descrição: **HONDA POP 110I**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ARNALDO SALUSTIANO INFORMOU QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PDR7425 E NA GARUPA ESTAVA A SUA AMIGA CRISLAYNE KÂMILA DA SILVA E QUE ESTAVAM INDO NO SENTIDO IPOJUCA-NOSSA SENHORA DO Ó A IPOJUCA SERRAMBI E NA BR 051 DE REPENTE APARECEU UM CACHORO À SUA FRENTE E NÃO TEVE COMO PARAR A MOTO, OCASIONANDO UM ACIDENTE. AS VÍTIMAS CAIRAM NA BR. TERCEIROS ACIONARAM O SAMU QUE OS LEVARAM AO HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA E LÁ FIZERAM EXAMES ONDE FOI CONSTATADO EM ARNALDO FRATURA DA CLAVÍCULA E ESCORIAÇÕES NA PERNA ESQUERDA E BRAÇO DIREITO E ESQUERDO. QUANTO A SEGUNDA VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA, CRISLAYNE FOI CONSTATADO TAMBÉM FRATURA DA CLAVÍCULA E ESCORIAÇÕES POR TODO O CORPO. DIANTE DO EXPOSTO COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA DE PORTO GALINHAS PARA REGISTRAR O BOLETIM.

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

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (VITIMA)

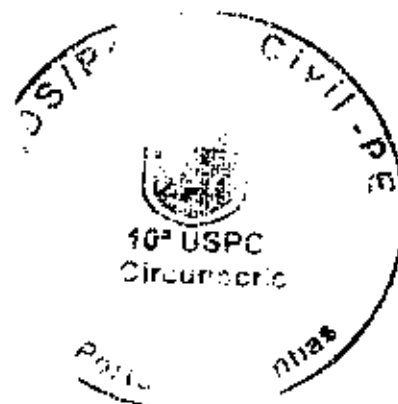
Arnaldo Salustiano da Silva Filho

CRISLAYNE KÂMILA DA SILVA RIBEIRO (VITIMA)

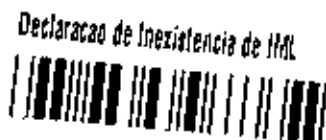
CRISLAYNE Kâmila da S. Ribeiro

B.O. registrado por: **RODE BATISTA DA SILVA - Matrícula: 319794-8**

R. Batista



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguredorelider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Comprovante de residência



Cartão
Ourocard Facil Visa
Nº 4854 **** 8317

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13.11.2019

Vencimento:
25/10/2019



CTC RECIFE PE FL4
ARNALDO S SILVA FH
RUA 28 08
NOSSA SENHORA D
55590-000 IPOJUCA - PE

Atenção:
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 27,68. Consulte o Custo Efetivo Total - CET no quadro "Encargos Financeiros" abaixo.

Valor Total: R\$ 298,22	Pagamento mínimo: (1) R\$ 44,73	Pagamento parcelado: (2) ENTRADA 28,74 +23X 28,73
-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------------------------------------



00510353



721218508920471000000588530151019

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalações de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pagando até o vencimento, de taxa 0% var, o valor da entrada (R\$ 28,74 - juros de R\$978,76 - CET 189,06%a.a). Se você parcelar parcelamentos anteriores, a possibilidade para ser cobrada mais uma vez a entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os custos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelamento, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Total da Fatura

Saldo - R\$	298,22
Saldo convertido - R\$	0,00
Total da fatura - R\$	298,22
Resumo em Real	
Saldo anterior	0,00
Pagamentos/Créditos	0,00
Compras/Débitos	298,22
Saldo - R\$	298,22
Saldo parcelado	414
faturas futuras	

Resumo em Dólar

Compras/Saque	0,00
Outros débitos	0,00
Créditos	0,00
Saldo atual - US\$	0,00
Taxa de conversão	0,0000
Saldo convertido - R\$	0,00

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

IOf e Encargos nesta Fatura

IOf	
Retiradas a uso do limite de crédito rotativo	0,00
Pagamento de contas à vista	0,00
Encargos	
Retiradas na função crédito	0,00
Uso limite crédito rotativo	0,00
Pagamento de contas à vista	0,00

Limites

Total para transação à vista	575
Saque (incluído no total transação à vista)	575
Total para transações parceladas	0
Credíto	1.353

Ponto pra Você/Liveto

Produção acumulada em: 0
Consulte pontos e prescreva e estado atual:
- Caixa Eletrônica: Ponto pra Você > Prog. Recompensa;
- Internet: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos;
- Aplicativo BB no celular: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos.

Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todos as agências ou acesse www.bb.com.br

Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

Encargos Financeiros (%)

	CET ao mês (%)		CET ao ano (%)	
	1	2	1	2
Crédito Rotativo*	8,88	10,80	11,88	12,81
Crédito Parcelado*	7,40	8,40	7,81	8,92
Juros de Mora	1,00	1,00		
Multa por Atraso	2,00	2,00		

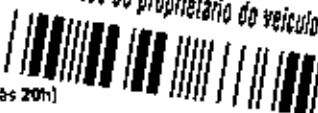
1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximo para o próximo período - % em mês
* Considerado o valor base de R\$1.000,00 de contratação para o cálculo do CET.

BANCO DO BRASIL	001-9	00190.00009	02803.164017	20083.604668	3	000000
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ARNALDO S SILVA FH - CPF 046.554.184.43 - RUA 28 08 - NOSSA SENHORA D - 55590-000 - IPOJUCA - PE						
Sacador / Avalista: 000000000120083604						
Número do documento: 000000000120083604		Data de Vencimento: 25/10/2019		Valor Documento: 298,22		Valor Pago
Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ/Endereço: Banco do Brasil S.A. - CNPJ 00.000.000/0001-81 - SAUN Qd 5 - Ed BB - Torre 1 - 2º andar - 70040-912 Brasília (DF)						
Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9						

BANCO DO BRASIL	001-9	00190.00009	02803.164017	20083.604668	3	000000
Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento						Data de Vencimento: 25/10/2019
Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ/Endereço: Banco do Brasil S.A. - CNPJ 00.000.000/0001-81 - SAUN Qd 5 - Ed BB - Torre 1 - 2º andar - 70040-912 Brasília (DF)						Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9
Data do documento: 11/10/2019	Nº do documento	Espécie DOC: R\$	Assinatura: N	Data processamento: 11/10/2019	Número do documento: 000000000120083604	
Uso do Banco: Cartão	Cartão	Espécie: R\$	Quantidade: 66	Valor: 298,22	Valor Documento: 298,22	
Informações de responsabilidade do Beneficiário: O VALOR DO DOCUMENTO ESTÁ PREENCHIDO COM O TOTAL DA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAR VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO, PAGANDO O VALOR DA ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/PARCELESUA FATURA NO APP BB, CAIXAS ELETRÔNICAS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.						(-) Desconto / Abatimento
						(+) Juros / Multa
						(=) Valor Pago

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ARNALDO S SILVA FH - CPF 046.554.184.43 - RUA 28 08 - NOSSA SENHORA D - 55590-000 - IPOJUCA - PE						
Sacador / Avalista						





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

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

Eu, Maercio Antônio de Santana Filho
RG nº 7743434, data de expedição 03/06/92
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 076.534.324-09
com domicílio na cidade de Nossa Senhora do Ó, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua da Escola Eduardo Campos nº 06
complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Arnaldo Salustiano da Silva Filho, cujo o condutor era Arnaldo Salustiano da Silva Filho
Veículo: Moto Modelo: 2018/2018 Ano: 2018
Placa: PDR7425 chassi: 9C2JB0100JR040755
Data do Acidente: 30/08/18

Local e Data: 20/12/2019

Maercio Antônio de Santana Filho
Assinatura do Declarante

Arnaldo Salustiano da Silva Filho
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO 3º DISTRITO DE NOSSA SENHORA DO Ó - IPOJUCA/PE
Rua Pedro Sarfim de Souza, 352, 5º/3 - Nossa Senhora do Ó - Ipojuca/PE - CEP: 55.590-000
Tabela/Oficial - ANA LÚCIA SESTELO TEIXEIRA Celular: (81) 9 9477 4817 - Email: ra@lucio.com

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MAERCIO ANTONIO DE SANTANA FILHO que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.

Em 20 de dezembro de 2019 14:19:24, Ipojuca, PE.

Em testemunho Ana Lucia Sestelo Teixeira da verdade.
Ana Lúcia Sestelo Teixeira (Tabela) E-mail: R\$ 3,39 TSMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91 0076281.VNV12201901.00R73



Consulte Autenticidade em: www.ipojuca.br/realodigital

SERVENTIA DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO 3º DISTRITO DE NOSSA SENHORA DO Ó - IPOJUCA/PE
Rua Pedro Sarfim de Souza, 352, 5º/3 - Nossa Senhora do Ó - Ipojuca/PE - CEP: 55.590-000
Tabela/Oficial - ANA LÚCIA SESTELO TEIXEIRA Celular: (81) 9 9477 4817 - Email: ra@lucio.com

Reconheço por autenticidade a firma indicada de ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.

Em 20 de dezembro de 2019 14:25:22, Ipojuca, PE.

Em testemunho Ana Lucia Sestelo Teixeira da verdade.
Ana Lúcia Sestelo Teixeira (Tabela) E-mail: R\$ 3,39 TSMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91 0076281.VNV12201901.00R73



Consulte Autenticidade em: www.ipojuca.br/realodigital

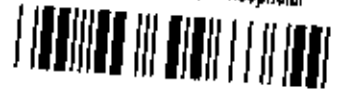


Ipojuca, 05 de Dezembro de 2019

Origem: Coordenação do SAMU IPOJUCA

Destino: Arnaldo Salustiano da Silva Filho

Documentação médico-hospitalar



Assunto: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELA EQUIPE DO SAMU IPOJUCA.

Declaro para os devidos fins que **Arnaldo Salustiano da Silva Filho** nascido em 11/03/1981, RG 638130 MEX -PE, foi atendido por nossa Unidade de Suporte Básica (USB), no dia 30/08/2018, por volta das 12h 08min, Na PE-51, Próximo a Serambi, Ipojuca-PE, sob o protocolo **S-520287**(número da ocorrência para regulação do SAMU), vítima de **Acidente de Trânsito**, A equipe do SAMU IPOJUCA realizou os procedimentos necessários para estabilização do referido (cumprindo com todo o protocolo de atendimento ao trauma), em seguida removendo-o para o Hospital Carozita Brito, no município do Ipojuca -PE.

Dulce das Candeias
Coordenação de Enfermagem
SAMU Ipojuca
Mat. 5765/2

Coordenação
SAMU IPOJUCA

Dulce das Candeias
Coordenação de Enfermagem
SAMU Ipojuca
Mat. 5765/2



**SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
HOSPITAL CAROZITA BRITO**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Srº Arnaldo Salustiano da Silva Filho, deu entrada no Hospital Carozita Brito Ipojuca-PE no dia 30/08/18, às:12:37 sobre registro de nº59418, segue em anexo ficha de atendimento médico.

Ipojuca, 05 de Dezembro de 2019

Sonia Silva
Diretora Administrativa

etc
Sucleide Lima
Mat 11701
Assessor de Ger. (Ass.)



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

Nº REGISTRO: 59.418 DATA E HORA DO NASCIMENTO: 11.03.81 EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL: 37 anos

PACIENTE: Arnaldo Selestiano da Silva Filho

ESTADO CIVIL: PROFISSÃO: NATURALIDADE: IDADE: SEXO: COR: NACIONALIDADE:

Nº DE IDENTIDADE: FILIAÇÃO: PAI: Mãe Maria Inês Alves Silva

ENDEREÇO: R. 22 N: 02 COMPLEMENTO:

BAIRRO: Nº. 6 CIDADE: UF: TELEFONE:

ORIENTAÇÃO: MEIO DE TRANSPORTE:

PROCEDÊNCIA:

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: 30.08.18 HORA: 12:30 ENFERMEIRO: COREN:

SITUAÇÃO QUEIXA:

ANTECEDENTES: DIABETES HIPERTENSÃO CARDIOPATIAS DOENÇA NEUROLÓGICA TABAGISMO
 ALCOOLISMO/DROGAS PNEUMOPATIAS HEPATOPATIAS DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>
ESCORE	ESCORE	ESCORE	DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PALIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

EXAME FÍSICO:
 Hebre paciente trazido pelo SAMU com história de trauma há 30 minutos de tempo.
 Trauma com imobilização manual, em prancha com letes duros em ombro direito.

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:
 EBB, somnolência, orientado, alheio ao que, anisocóricas, anisocóricas, hidratado, normocorado, eupneico.
 NEURO: ECG 15, pupilas isocóricas e isotéricas.
 OA: imobilização em ombro D.

Nega alergias.

ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência: Sim Não Episódio Emalico: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trabalho: Sim Não Tipo: _____

Colisão: Sim Não Tipo: _____ Motorista: Passageiro:

Atropelamento: Sim Não Local do Impacto: _____

Vítima de Fortmento: Sim Não Tipo: _____ Sofreu Queda: Não Sim Altura: _____ m

Queimadura: Sim Não Por: _____ Transporte realizado por: _____

Condições de Imobilização Adequada: Sim Não Por Que: _____

EXAMES FÍSICOS:

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

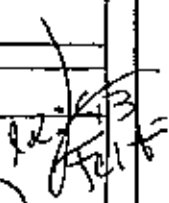
GNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: TOMOGRAFIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFIA

ENDOSCOPIA RX ULTRASSONOGRAFIA LCR

SCRIÇÃO MÉDICA: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Tramadol 100mg + 5FO, 9x100ml - EV, aqosa, semu lento


 Dr. Thelma O. Monteiro
 MÉDICA
 CRM - PE 26822

CAÇÃO CIRÚRGICA: SIM NÃO CLASSIFICAÇÃO RESERVA:

INTERNAÇÃO DO CASO INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> TERMO DE ALTA PEDIDO <input type="checkbox"/> EVADIU-SE <input type="checkbox"/>	CONDIÇÃO DE ALTA <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO
	<input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> PIORADO

TRANSFERIDO PARA: _____

RECEBIDO NA CLÍNICA: _____

AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

IRMAÇÃO DO NOME: _____	ASSISTENTE SOCIAL
IRMAÇÃO DO ENDEREÇO: _____	ASSISTENTE SOCIAL

INDICAÇÕES: ALTA TRANSFERÊNCIA EXAME EXTERNO

INDICAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA:

ENDEREÇO: _____	COREN: _____	MÉDICO: _____	CRM: _____	DATA: _____	HORA: _____
-----------------	--------------	---------------	------------	-------------	-------------

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

Declaro, em nome das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Declaro-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as condições que deste ato possa advir.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Data: 30/08/2018
Hora: 15:27:39
SAME: 108597

Pedido: 342012	Atendimento: 454268	Idade: 37a 5m 20d
Paciente: 108597 ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO		Sexo: Masculino
Médico Solicitante: CRM - 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA		
Data da Solicitação: 30/08/2018	Hora: 15:13:31	Dt. Realiz.: 30/08/2018
Convênio: SUS/SIA AMB/URG	Origem da Solicitação: SAMU	
Unidade Internação:	Enfermaria:	Leito:

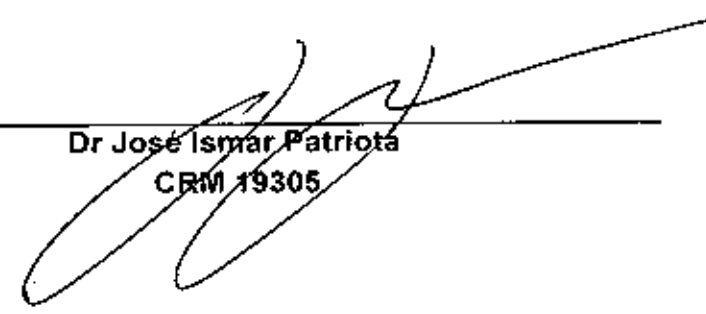
ULTRASSONOGRÁFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial, em caráter de urgência, com o objetivo de pesquisar líquido livre na cavidade peritoneal, segundo o protocolo F.A.S.T. (Focused Assessment with Sonography for Trauma).

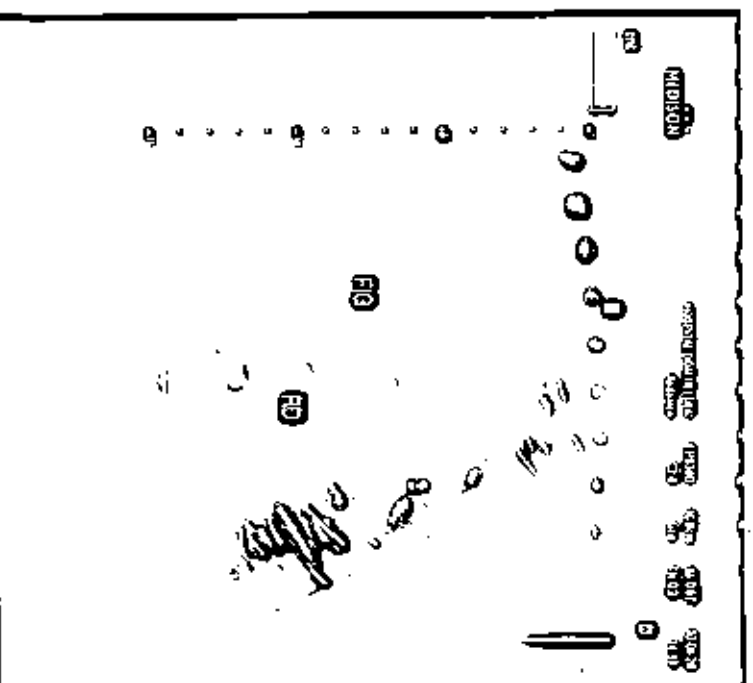
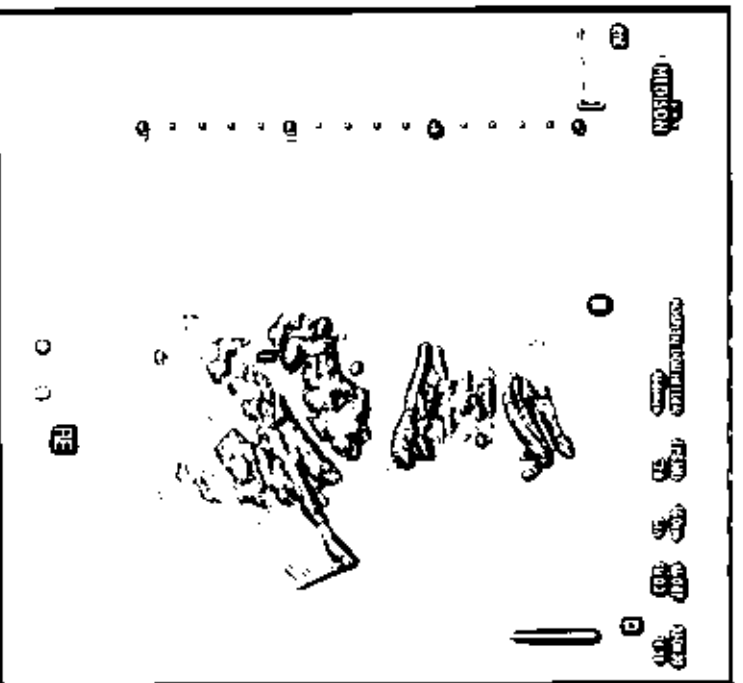
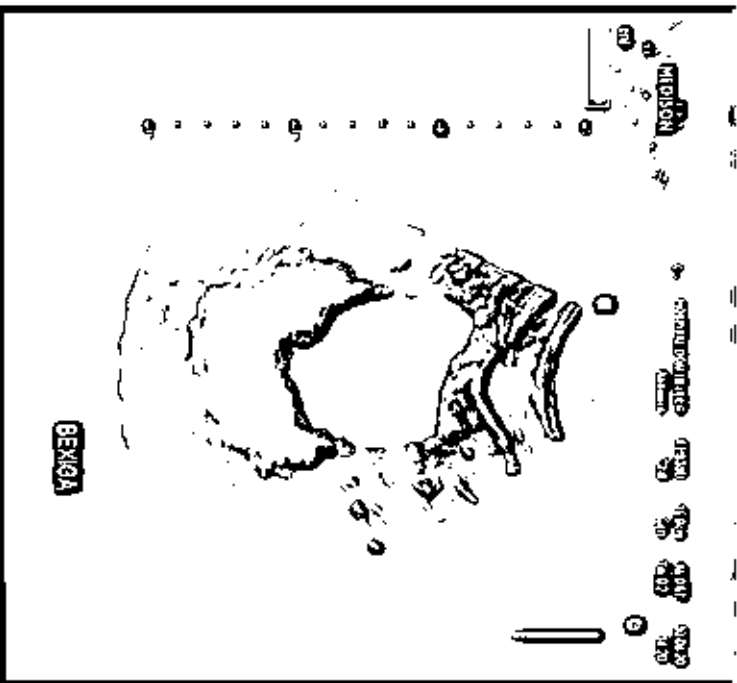
OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Os cortes ecográficos não evidenciam coleção líquida que possa representar sangue no saco pericárdico, espaço hepatorenal (de Morison), goteiras paracólicas direita e esquerda, fundo de saco posterior e espaço esplenorenal.

Não há sinais evidentes de imagem hipoecoica no fígado, pâncreas, baço e rins que possam representar laceração visceral.



Dr José Ismar Patriota
CRM 19305



CONTRAST: 0 BRIGHT: +20 GAMMA: 2 SHARPNESS: 0



HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Arnaldo Salviano da Silva Filho Registro: 108597

Clínica: OTO Enfermaria: amb Leito: _____

Data/Hora	
21/09/18	# Serviço Social #
	União competente do para receber
	informações para receber DPVAT.
	Orientações sobre DPVAT, direito previdenciário
	e direito do usuário do SUS.

[Handwritten Signature]
 HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
 Adilson M. de Souza
 CRESSPE 0157
 ASSISTENTE SOCIAL

[Large Handwritten Signature]
 Hospital Dom Helder Câmara
 Serviço Social
 Arnaldo Salviano da Silva Filho
 24/09/2018



Atendimento: 454268

Senha da Classificação:

0028

Data e Hora: 30/08/2018 14:13

Paciente: 108597 ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 11/03/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA LUCIA ALVES DA SILVA Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
 Endereço: RUA BANCO DO BRASIL SA - Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: JACIANEBO
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 04655418443 Fone: 31830000
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

PACIENTE DEU ENTRADA SEM DOCUMENTAÇÃO POR FAVOR CONFIRMA DADOS

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 14:20

Queixa Principal

Queda de muito braço ± 1h, após queda do meu ombro p. Neq perda dos sentidos. Neq alergia subconjuntiva ou uso regular.

Exame Físico

ECG: normal, BPP. Consciente, orientado, hidratado, FR, mucosa límba rosa e úmidas (+)
RCC, BNF. R a 80 bpm. MVG, ausência de ref. claviculares D.
abd plano, flácido, indolor
el múltiplas escoriações de extrínsecas

Diagnóstico

El trauma físico + fratura clavicular D.

Data: 30 08 18 Hora: 21:15

Assin: Colóme

Conduta Terapêutica

Suprte sintomática, exploração de imagem, suprte ortopédico/tramático físico.

Prescrição Médica

DIETA ORAL ZERO.

SS 0,9% - 1.000ml c/ 50 gss/litro J= 3x
Dipirona 3g + AD EY 2000 mg Ob: 50 p
Metoprolol 100mg + SS 0,9% 1000ml - EY 2x
Metoprolol 100mg + AD EY 51N
Sempre + curativo das escoriações
Profilaxia de estopédis

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____ LEITO DO PACIENTE: _____

Assin/Médico

Dr. Raimundo Nascimento Neto
Cirurgia Geral
CRM-PE 9427

30/08/18 (16:25) CIR. GERAL

FAST sem envergadura

Rx de tórax sem derrame ou pneumotórax.

clivacate estavel.

Concl.: alta de cirurgia geral

As cuidados de traumatologia.

J. Raimundo Nascimento Neto
Cirurgia Geral
CRM-PE 9427

① Faturar - clivacat. D -
CO - Imobilizar bemif.

② Trocar Olay @ sacral SF 03

③ Alta Hospitalar

~~Dr. Bruno Dantas
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 26693~~

ATENDIDO

1	TORAX	30/8/18
QUANTIDADE	LOCAL DO CORPO	
RAIO-X		

5	Enxerto Ombro Torax Bacia	30/8/18
QUANTIDADE DE P.C.M.	LOCAL DO CORPO	
RAIO-X		

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/08/2018 13:47



Nome Paciente: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/03/1981
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0028
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/08/2018 13:59 - 30/08/2018 14:05

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGÊNCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO PELO SAMU, COM RELATO DE DOR EM CLAVICULA ESQ. APOS QUEDA DE MOTO. (ATROPELAMENTO.), COM PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII. PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA.

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/08/2018 14:05

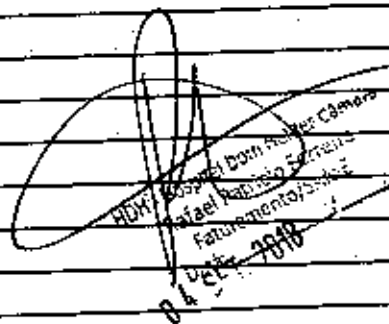
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Arnaldo Sebastião da Silva Filho Registro: 108597

Clínica: _____ Enfermaria: unidade Leito: _____

Data/Hora	Descrição
30/08/18	Serviço social em relação ao leito realizada entrevista social, paciente acompanhado pela mãe, acompanhante. Paciente vítima de acidente de trânsito.
	Prestados esclarecimentos acerca do fluxo no serviço, bem como, alguns DPVAT e direitos dos usuários do SUS.

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Marta Cecília do Nascimento
Assistente Social
CRECOPPE 1692


HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Rafael Adriano Soares
Faturamento/SUS
Data: 30/08/18



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Arnaldo Salustiano Registro: 109597
Clínica: Costão Enfermaria: U-1 Leito: 10
Diagnóstico: _____ Data: 30/02 Hora: _____

Plantão Noturno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

EGR, consciente, orientado

3 - Pele/mucosa:

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

- Aparelho respiratório:

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal:

7 - Aparelho Geniturinário:

8 - Aparelho locomotor:

9 - Exames laboratoriais

10 - Exames de imagem:

11 - Lesões/Curativos:

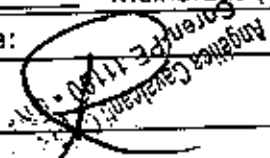
12 - Observações:

13 - Prescrição de Enfermagem:

Sinais vitais OK

14 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Enfermeiro/ assinatura e carimbo: _____ Hora: _____



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 17/09/18

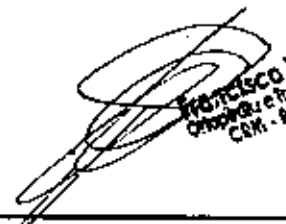
Nº PRONTUÁRIO: 102597

NOME DO PACIENTE: Arnaldo Salcedo da S. Filho

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: fratura da clavícula
em tratamento conservador
há 14 dias. em acompanhamento
CID: ambulatorial
S42.0

OBS.:

Nº DIAS: : AFASTAMENTO DO TRABALHO


Francisco Farrelto
Ortopedista e Traumatologista
CRM - PE 234261

Assinatura do Médico
Carimbo

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 0228 89

Data da solicitação: 21/09/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Arnaldo Salustiano da Silva Neto

CPF do beneficiário: 046.554.184-43

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 046.554.184-43

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99754011 Tel. Comercial: ()
DDD DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qua(is) documentos estão sendo entregues:

Novos documentos médicos

Laudo do IML

Boletim de Ocorrência

Notas fiscais complementares

Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Estou enviando raio X (imagem) para mostrar a situação da minha clavícula, pois ficou quebrada, impossibilidade de fazer varios movimentos, sinto várias dores, inclusive tudo foi parado para o médico, discordo do valor recebido tendo em vista que minha lesão é grave e definitiva.

1 Pojuco 21 de setembro de 2020

Local e Data

Arnaldo Salustiano da Silva Neto
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





Primitivo Salsi 20
17 09 13

17 918

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES DA SILVA



Arnaldo Salustiano da Silva Filho

ASSINATURA DO TITULAR

CARTIFIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

5989137

DATA DE EMISSÃO

22.11.1999

NOME

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

FILIAÇÃO

Arnaldo Salustiano da Silva
Maria Lucia Alves da Silva

NATURALIDADE

Escada-PE

DATA DE NASCIMENTO

11.03.1981

DOC. ORIGEM

C.N. 9777-L.A-9-F.239-Cart. se
de Escada-PE

CPF

RECIFE-PE

Arnaldo Salustiano da Silva

ASSINATURA DO DELEGADO S. CARDOSO

LE: Nº 7.136 DE 29/08/83

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

046.554.184-43

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

11/03/1981

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

DATA DE NASCIMENTO

11/03/1981

Nº INSCRIÇÃO

589958708/58

ZONA

019

SEÇÃO

0014

MUNICÍPIO / UF


ESCADÁ / PE

DATA DE EMISSÃO

15/06/99

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA OVAL DA JUSTIÇA ELEITORAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019529/20

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

CPF: 046.554.184-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: ARNALDO SALUSTIANO
DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

Outros



ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO : 046.554.184-43

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: 14/01/2020
Nome: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
CPF: 046.554.184-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Cristina Limeira Alves

COBERTURA SOLICITADA

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO
 Data do Acidente: 30/08/18 Possui CPF: Sim Não Nº CPF: 096554784-93

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
 CPF do Representante Legal (cópia simples)
 Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Laudo de Invalidez do IML - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
 Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: Sim Não
 Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

- Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

- Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal CPF do portador:

E-mail: Tel.: ()

Data: Assinatura: Arnaldo Salustiano de Silva Filho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: AC IPOJUCA Cedros R. Lopes
 Matrícula: 6607593-6

Data: 03/01/20 Assinatura: EQT - UJUE

Mensagem

De **Atendimento DPVAT** <Atendimento DPVAT atendimento.dpvat@excelsiorseguros.com.br> Contato **24/09/2020 11:27:42**
 Para **consultas.dpvat@segu...** <consultas.dpvat@seguradoralider.com.br consultas.dpvat@segu...>; Leitura **24/09/2020 11:40:47**
 Cc Recebimento **24/09/2020 11:40:47**

Assunto **VÍTIMA: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO // SINISTRO: 3200022889 // DOCUMENTAÇÃO RECEPCIONADA** Prioridade **BAIXA**

Anexos Status **Bloqueados**
29/09/2020 14:47:25

Prezados,
 Bom dia!

Recepcionamos as documentações em anexo para fins de solicitação de reanálise, porém, o sinistro NÃO pertence a CIA EXCELSIOR. Estamos enviando para tratativas.

Att.,



Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200022889 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
COBERTURA Invalides
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
CPF/CNPJ: 04655418843

Posição em 24-09-2020 11:24:41
 O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
 Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
 Valor da Indenização: R\$00.000,00
 Juros e Correção: R\$00.000,00
 Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/02/2020	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

Histórico das correspondências enviadas

Data de	Referência	Ver
---------	------------	-----



Atendimento DPVAT

atendimento.dpvat@excelsiorseguros.com.br
 +55 / +55
<http://www.excelsiorseguros.com.br>

Confidencialidade

Esta mensagem é de cunho confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Cia Excelsior de Seguros, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes envolvidas. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente e descartar este e-mail.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022889 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 2/3

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019529/20

Vítima: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

CPF: 046.554.184-43

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: ARNALDO SALUSTIANO
DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO : 046.554.184-43

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: 14/01/2020
Nome: ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
CPF: 046.554.184-43

ARNALDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves