

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

05/02/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321000253101

**VALOR TOTAL:**

1.404,98

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** JOAO RODRIGUES DA SILVA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00774

**CONTA:** 000000030766

---

---

**Número da Autenticação**

4BD683AC31E780E2

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210002531 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO+MAXILA A ESQUERDA+BLOW OUT À ESQUERDA.(P-1,6)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.  
P-3-5-6-7-9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS COM REDUÇÃO DO ANGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.P.1

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS COM REDUÇÃO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

**Documentos complementares:**

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210002531

**Cidade:** Itaquitinga

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOAO RODRIGUES DA SILVA

**Data do acidente:** 03/10/2020

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO+MAXILAR A ESQUERDA.(P-1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.  
P-3-5-7-9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ANGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

**Documentos complementares:**

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002429/21

**Vítima:** JOAO RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 044.096.054-10

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 03/10/2020

**Titular do CPF:** JOAO RODRIGUES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

### JOAO RODRIGUES DA SILVA : 044.096.054-10

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](http://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: 05/01/2021  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2021  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 04/10/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 04/10/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Rodrigues da Silva.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: fratura de complexa zigomática e maxilar e Blow out e	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Redução cirúrgica de zigoma. Primo de esich. Bimaxilar por 3 dias fisioterapia materno 20 sessões	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA O DE CURA A TRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA O DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, edema na hemiface Esq. com
2º redução da abertura bucal;
3º Tortura e cefaleia frequentes e
4º limitação das AVD.
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 05/01/2021 A 05/01/2021 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiana PE DATA 05/01/2021.

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

ST. ALLISON  
CRONOMETRISTA  
CNPJ 08.111.111/0001-00  
RUA SCS 1086  
SALA 100  
BRASÍLIA - DF

ATT

Notificação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR, NEPI



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Atendimento: 1614023 Prontuário: 1736067
Paciente: JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC
Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA
End: NAO INFORMADO
Bairro: CENTRO Cidade: CONDADO
Nascimento: 09/10/1979
Localização: 6 ANDAR NORTE - POSTO
Leito: +24HS Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 04/10/2020 04:00

607 extra

Form fields including: Nº PRONTUÁRIO: 1736067, Data e Hora de Atendimento: 04/10/2020 02:53, Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL, Nº. ATEND.: 1613894, Paciente: JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC, Sexo: MASCULINO, Endereço: NAO INFORMADO, UF: PE, Telefone: 31815490, Observação: dúvida rotatória de parâmetro mediante o conteúdo de identidade, História Clínica: Paciente com história de queda de malog...

FATURADO

Assistente Social (signature and stamp)

DR. MIRELLA RAIVA (signature and stamp)

TOMOGRAFIA
Data: 04/10/20
Médico: Fale...
Técnico: Joice
17:05

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:

E: Exposição/Abdômen: 04/10/20 03:40  
# em centro  
Esquerda: Si. ulcerosa  
na usf  
te toir: ulcerosa  
te ABD: ulcerosa

Diagnóstico Inicial: ulcerosa ulcerosa ulcerosa Cod. Procedimento:

Conduta: cp: ulcerosa ulcerosa  
ulcerosa ulcerosa  
Ass. Médico: ulcerosa

Evolução de Enfermagem: Ass. Enfermagem

Definição do Caso:  Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se  Alta  
Internado na Clínica:  Curado  Melhorado  
Transferido para:  Inalterado  Piorado  
 Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico: ulcerosa CRM: ulcerosa Data: 07/10/20 Hora: 11:30

Termo de responsabilidade para Internamento: - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.  
Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.  
Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 04-Out-20



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Acolhimento com Classificação de Risco – Sistema de Manchester

Identificação do paciente		Registro	
Nome: <i>Ygor Rodrigues Silva</i>		Data: <i>04/10/20</i>	Hora: <i>02:14:3</i>
Idade: <i>09/10/1979</i>	Sexo: <i>MASC.</i>	Naturalidade (cidade): <i>Caruaru</i>	RG:
Profissão/Ocupação:		Nome da Mãe:	

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	UF:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Situação/Queixa:  
*paciente de pronto socorro com quadro de hipertensão, sendo levado a urgência, relato de dor abdominal*

Fluxograma:	Número:
-------------	---------

Discriminador:

Sat. O2: <i>90</i>	Glasgow: <i>15</i>	Temp.:	Glicemia: <i>120</i>	Regua Dor: <i>07</i>	FC:
--------------------	--------------------	--------	----------------------	----------------------	-----

VERMELHA	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
IMEDIATO	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
EMERGÊNCIA	10 MINUTOS	60 MINUTOS	120 MINUTOS	140 MINUTOS

CLASSIFICADOR (NOME+CARIMBRO)

FLUXO INTERNO:

ENFERMEIRA(O):	COREN:	DATA:
----------------	--------	-------

ASSINATURA:	HORA:
-------------	-------

FLUXO EXTERNO:

ENFERMEIRA(O):	COREN:	DATA:
----------------	--------	-------

Assinatura:	Coordenador:	Hora:
-------------	--------------	-------

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> JOAO RODRIGUES DA SILVA	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1011111111	<b>ATENDIMENTO:</b> 01614023
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 10/03/1981	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 04/10/2020 Às 02:53	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 07/10/2020 ÀS 08:11	

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.  
CID: S02.8  
PACIENTE NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

**Tratamento Realizado:**

JARRA DE ERICH BIMAXILAR + BMM  
REDUÇÃO INCRUENTA DE ZIGOMA (E) COM GACHÔ DE BARROS

**Observação:**

- 1) ORIENTO DIETA LIQUIDA PASTOSA
- 2) HIGIENE ORAL

**Encaminhado para:**

RETORNAR AO HR (6º ANDAR - NORTE), DIA-03/11/2020 ÀS 07:00.  
TRAZER TODOS OS EXAMES.

FRANCISCO ALVES DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.5472020

Recife, 07, OUTUBRO ,2020

**ATENÇÃO:**

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



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



PACIENTE JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO	Nº ATEND. 607	DATA: 05/10/2020	HORA: 05:58
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	DT. DE NASC. 09/10/1979	CLINICA	LEITO +24HS	

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#  
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.  
VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, EG REG.  
O EXAME BMF APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSA EM FACE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL (E), ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPN FIRME AO TOQUE, NEGA QUEIXA RESPIRATORIA, MAXILA COM MOBILIDADE, MANDIBULA FIRME A PALPAÇÃO. ABERTURA BUCAL SATISFATORIA, SUTURA INTRAORAL MANTIDA, SEM DEBITO E SEM DEISCENCIA, OCLUSÃO POUCO FUNCIONAL.  
TC DE FACE SUGERE FRATURA CZÓ (E), BLOW OUT (E), MAXILA.  
EM USO:  
DEXAMETASONA (04/10/20)  
CEFALOTINA (04/10/20)  
CD:  
AG. REGRESSÃO DE EDEMA  
P. CARDIO  
EXAME LAB  
ORIENTO TRICOTOMIA  
CRIOTERAPIA

Recife, 05, OUTUBRO ,2020

Ass. do Prestador



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



PACIENTE JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO	Nº ATEND. 607	DATA: 07/10/2020	HORA: 05:58
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	DT. DE NASC. 09/10/1979	CLINICA	LEITO 05	

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#  
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.  
VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, EG REG.  
AO EXAME BMF APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSA EM FACE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL (E) EM REGRESSÃO, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPN FIRME AO TOQUE, NEGA QUÊIXA RESPIRATORIA, MAXILA COM MOBILIDADE, MANDÍBULA FIRME A PALPAÇÃO. ABERTURA BUCAL SATISFATORIA, SUTURA INTRAORAL MANTIDA, SEM DEBITO E SEM DEISCENCIA, OCLUSÃO POUCO FUNCIONAL.  
TC DE FACE SUGERE FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.  
USO:  
DEXAMETASONA (04/10/20) SUSPENSO (07/10/20)  
CEFALOTINA (04/10/20)  
FLIXOGRAMA:  
(05/10/20) LEUCO 12.62/ 14.10/ HT 42.10/ SODIO 133  
CD:  
REDUÇÃO DE ARCO ZIGOMÁTICO COM GANCHO DE BARROS  
BARRA DE ERICH + BMM  
ALTA BMF  
RETORNAR COM 30 DIAS (AMBULATORIO DR DIRCEU)

Recife, 07 OUTUBRO ,2020

DR. MARCELO ALVES  
Cirurgião de Trauma  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
RECIFE - PERNAMBUCO - I

Ass. do Prestador



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

João Rodrigues do Silva

L736067

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

HCTBME# 04/10/2020 às 15:04h

Em Tempo: CD realizou sutura intra-oral.  
@ local intermaxilar.

Dr. Francisco Junior  
Emergentes e Transdisciplinar  
Bucal-Maxilo-facial  
Residência Especialidade  
CRM 10.201/2017



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Empty boxes for patient name, ward/bed, and registration number.

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

CD 04/09/20 09:10.  
 Paciente com história de trauma de natureza  
 considerável para o crânio (acidente?), após  
 em an. arborizado, com, etc; no exame  
 físico não difuso e - fudo, etc; a  
 A palp. (frontal) e 2160- (C), etc; não  
 mobilizado na maxila e mandíbula. - etc;  
 e - etc (C). etc; etc; etc; etc;  
 C20 (C) e maxila (paciente mov. etc; etc; etc).

- 1) Refazer TC de fudo
- 2) Abordar etc; 2 etc;  
 com etc; (etc) etc; etc;
- 3) Abordar etc; 2 etc;  
 com etc; etc; etc; etc;  
 etc; etc; etc;

em tempo, realize etc; em etc; etc;  
 #NCR; 4/16/20; 4:30

**Bruno de Macedo Santana**  
 Cirurgião Traumatologista  
 Buro - Maxilo - Facial  
 Residente HUCFF/PE  
 CRO-PE 9901

**Luís Felipe O. Marcel**  
 Cirurgião Traumatologista  
 Buro - Maxilo - Facial  
 Residente HUCFF/PE  
 CRO-PE 12.870

Paciente vítima de queda de moto  
 com TCE + importante trauma de  
 fudo.  
 Realizar TC de crânio e  
 coluna cervical sem evidência de  
 lesão NCR; NCR = Glasgow 15; PTP;  
 e déficit motor / sensitivo

CD 1 ALTA NCR  
 etc; etc; etc; etc; etc;

**Dr. John Rocha**  
 etc; etc; etc; etc; etc;  
 CDD. 0123



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



PACIENTE JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO	Nº ATEND.	DATA: 05/10/2020	HORA: 05:58
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	DT. DE NASC. 09/10/1979	607	CLINICA	LEITO 05

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

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

AO EXAME BMF APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSA EM FACE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL (E) EM REGRESSÃO, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPN FIRME AO TOQUE, NEGA QUEIXA RESPIRATORIA, MAXILA COM MOBILIDADE, MANDIBULA FIRME A PALPAÇÃO. ABERTURA BUCAL SATISFATORIA, SUTURA INTRAORAL MANTIDA, SEM DEBITO E SEM DEISCENCIA, OCLUSÃO POUCO FUNCIONAL.

TC DE FACE SUGERE FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.

EM USO:  
DEXAMETASONA (04/10/20)  
CEFALOTINA (04/10/20)

FLUXOGRAMA:  
(05/10/20) LEUCO 12.62/ 14.10/ HT 42.10/ SODIO 133

CD:  
AG. REGRESSÃO DE EDEMA;  
AG. CARDIO;  
CONFIRO VAT.

Recife, 06 OUTUBRO ,2020

Ass. do Prestador

JO REGISTRO DE ENFERMAGEM

Paciente: João Rodrigues Registro: 173606

Data de Nascimento: 1/1/ Enfermaria/Leito: U.F. Verm. Data: 04/10/2020

Avaliação Neurológica:

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Espontânea	<u>2</u> 4 pontos	Orientada	5 pontos	Obedece a ordens	<u>2</u> 6 pontos
Ao som	3 pontos	Confusa	<u>2</u> 4 pontos	Localiza dor	5 pontos
A pressão	2 pontos	Palavras inteligíveis	3 pontos	Flexão Normal	4 pontos
Ausente	1 ponto	Sons incompreensíveis	2 pontos	Flexão Anormal	3 pontos
Não Testável	NT	Ausente	1 ponto	Extensão	2 pontos
		Não Testável	NT	Ausente	1 ponto
				Não testável	NT

TOTAL: 14

<p>Estado Geral:</p> <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado <input type="checkbox"/> Hipocorado <input type="checkbox"/> Aclanótico <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Anictérico	<p>Sedação:</p> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<p>SCORE DE RAMSAY</p> <input type="checkbox"/> 1- Ansioso, agitado <input type="checkbox"/> 2- Cooperativo, orientado e tranqüilo <input type="checkbox"/> 3- Dormindo, sonolento e respondendo <input type="checkbox"/> 4- Dormindo e respondendo a estímulos <input type="checkbox"/> 5- Dormindo e respondendo lentamente <input type="checkbox"/> 6- Dormindo e não respondendo a estímulos
<p>Medicamentos em uso:</p> <p>Drogas vasoativas:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Sem DVA <input type="checkbox"/> Nora <input type="checkbox"/> Nipride <input type="checkbox"/> Dopamina <input type="checkbox"/> Dobutamina		<p>Medicação:</p> <p>Vazão: _____ ml/h</p> <p>Total: _____</p>	
<p>Outra: _____</p> <p>Vazão: _____ ml/h</p>		<p>Antibioticoterapia: Data de início: ___/___/___ - Dias em uso: _____</p> <p>Medicamento:</p> <p>1. _____ -2. _____ -3. _____</p>	

<p>Padrão Cognitivo:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Torpor <input type="checkbox"/> Coma	<p>Isolamento:</p> <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Góticula <input type="checkbox"/> Reversa	<p>Cabeça e pescoço:</p> <p>Crânio:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Simetria <input checked="" type="checkbox"/> Assimetria <p>Face:</p> <input type="checkbox"/> Simetria <input type="checkbox"/> Assimetria <input checked="" type="checkbox"/> Edema	<p>Cabeça e pescoço:</p> <p>Pescoço:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Nódulo tireoidiano <input type="checkbox"/> Linfonodos <p>OBS: _____</p>
---	---	--	--

<p>Pele:</p> <input type="checkbox"/> Íntegra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Rush	<p>LPP:</p> <input type="checkbox"/> Sim - <p>Local: _____</p> <input checked="" type="checkbox"/> Não <p>Tipo de curativo: _____</p>	<p>Curativo:</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Local: _____</p> <p>Aspecto: _____</p> <p>Se sim, aplicar ficha de curativo padronizada</p>	<p>Fontanela:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Abaulada
--	---	---	---



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



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital da Restauração**

2 - CNES  
**0000655**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HR**

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**F. SOU RESTAURACAO DO SUELO**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**1736062**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**T. C. U. J. C. U. T. M.**

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Auto posto**

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Técnico**

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**hame m fou**

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
**PROFISSIONAL SOLICITANTE**  
*Dr. Jéssica Cunha*  
CRUIZADA E TRANSPORTOLOGIA  
BUCA - UNID. D. F. C. P. A. S. P. A. S.  
RESERVA DE GRUPO

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**04/30/10**

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
*Dr. Jéssica Cunha*  
CRUIZADA E TRANSPORTOLOGIA  
BUCA - UNID. D. F. C. P. A. S. P. A. S.  
RESERVA DE GRUPO

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)  
*Dr. Jéssica Cunha*  
CRUIZADA E TRANSPORTOLOGIA  
BUCA - UNID. D. F. C. P. A. S. P. A. S.  
RESERVA DE GRUPO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
**AUTORIZAÇÃO**

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
**1 1**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015770917257  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - R.A.T.R.C. - EXERCÍCIO  
1 - 566280507 - \*\*\*\*\* - 2020

NOME  
JOAO RODRIGUES DA SILVA  
PALDANHO-PE

CPF / CNPJ - PLACA  
044.096.054-10 - PGR5576

PLACA ANT. / UF - CHASSI  
\*\*\*\*\* / PE - 9C2HC1670DR536773

ESPECIE TIPO - COMBUSTIVEL  
PAS / AUTOMOTIVISTA - ALCO/GASOL

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.  
HONDA/CG 150 FAN BSI - 2013 - 2013

CAP / POT. / CIL. - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2P/1490L - PARTIO - VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS  
IPVA 2020 QUITADO - 1\* \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA - PARCELAMENTO / COTAS  
1 - \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOP (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
8.10 - 0.05 - 12.30 - 11/02/20

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

SOCAL - DATA  
FUNDADO João Roberto Silva - 16/02/20

RODRIGUES CARLOS MOREIRA FONTALLES  
DIRETOR INDEPENDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA E DANOS SEGURO DPVAT

PE Nº 015770917257 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
JOAO RODRIGUES DA SILVA

55925-01

CASA PAUDALHO-PE  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0300 052 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2020 - 16/02/20

VIA - CPF / CNPJ - PLACA  
1 - 044.096.054-10 - PGR5576

RENAVAM - MARCA / MODELO  
566280507 - HONDA/CG 150 FAN BSI

ANO FAB. - DT. INF. - Nº CHASSI  
2013 - 00 - 9C2HC1670DR536773

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)  
3.65 - 0.41 - 4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOP (R\$) - TOTAL DO PREÇO (R\$)  
4.15 - 0.05 - 12.30

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO - 11/02/20

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 00.240.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

DETRAN

CONTRAN

# PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: João Rodrigues da Silva  
RG/CNH/CTPS: 6168856 SSP/PE  
CPF: 044096054-10  
Profissão: Trabalhador Rural  
Estado Civil: solteiro  
End: Rua Ana Pinto Duarte, 204 - A, Centro, Itaquitinga - PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE  
CPF: 083.562.324-65  
Profissão: Autonomo  
Estado Civil: Casado  
End: Rua Duque de Caxias, Nº170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 51.900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado, com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro DPVAT, que figura como vitima:

João Rodrigues da Silva

ACIDENTE: 10.04.2020

COBERTURA: Invalidez

Itaquitinga PE

27/10/2020

João Rodrigues da Silva

OUTORGANTE  
(POR AUTENTICIDADE)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO  
 PATRIMÔNIO CULTURAL DO BRASIL

**Nome**  
 LIA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

**Doc. Identificação Pessoal / UF**  
 R117118 RS DE

**DT**      **DEPARTAMENTO**  
 081.582.324-65      01/11/1991

**Função**  
 MARCOS ANTONI ALBOQUERQUE  
 DE DE CARVALHO  
 ROBERTA ALESSANDRA  
 MANGABEIRA ALBOQUERQUE

**CPF**      **RG**      **CEP**  
 [REDACTED]      [REDACTED]      [REDACTED]

**CPF**      **Matrícula**      **Exatidão**  
 06903228220      09/01/2020      10/03/2010

**Observações**  
 sem observações

  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**Local**      **Data de Emissão**  
 PASSO DUTRA - PE      12/01/2015

  
 ASSINATURA DO EMISSOR

10440505286  
 PR1044120453

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO PATRIMÔNIO CULTURAL DO BRASIL**

SALVA EM TELA  
 O TERMO NACIONAL  
 1019700386

PERÍODO PLACTIVAS  
 1019700386

# PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: João Rodrigues da Silva  
RG/CNH/CTPS: 6168856 SSP/PE  
CPF: 044096054-10  
Profissão: Trabalhador Rural  
Estado Civil: solteiro  
End: Rua Ana Pinto Duarte, 204 - A, Centro, Itaquitinga - PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE  
CPF: 083.562.324-65  
Profissão: Autonomo  
Estado Civil: Casado  
End: Rua Duque de Caxias, Nº170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 51900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado, com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro DPVAT, que figura como vitima:

João Rodrigues da Silva

ACIDENTE: 10.04.2020

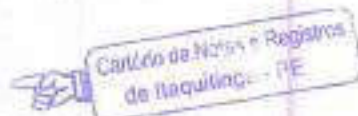
COBERTURA: Invalidez

Itaquitinga PE

27/10/2020

João Rodrigues da Silva

OUTORGANTE  
(POR AUTENTICIDADE)



06/11/2020

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 55ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0145000406**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2020** às **11:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **3/10/2020** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **PE 62 - QUE LIGA CONDADO A ITAQUITINGA, 01 - Bairro: - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 0**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)**  
**JOAO RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO RODRIGUES DA SILVA**

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

**JOAO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DORALICE MARIA DA CONCEICAO Pai: VICENTE RODRIGUES DA SILVA Data de Nascimento: 10/3/1961 Naturalidade: ITAMBE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6168858/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMARRADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 91964740079**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 214, RUA ANA FINTD DUARDE - CEP:- Bairro: - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOAO RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO RODRIGUES DA SILVA**

**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não**  
**Quantidade: 1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

file:///C:/Users/Policia civil/Infopd-5.0.9/html/BOEPreview.html

1/2

06/11/2020

Boletim de Ocorrência

COMPARECEU A PERMANENCIA DESTA DELEGACIA O SENHOR JOÃO RODRIGUES DA SILVA NOTICIANDO QUE QUANDO TRANSITAVA NA PE 62, VINDO DA CIDADE DE CONDADO PARA ITAQUITINGA, MOMENTO QUE PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA VINDO A COLIDIR COM UMA ARVORA, SOFRENDO LESÃO NA REGIÃO DA FACE, SENDO OCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DE RECIFE.

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

+ João Rodrigues da Silva  
JOAO RODRIGUES DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MARTINS LEITE - Matrícula: 1589040  
(Liberado em 06/11/2020 às 11:36)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BURIL

EV-019



Assinatura do Titular  
*João Rodrigues da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6168856 DATA DE EMISSÃO 09.05.1998

NOME JOÃO RODRIGUES DA SILVA

RELACÃO Vicente Rodrigues da Silva  
Doralice Maria da Conceição

NATURALIDADE Itambé - PE DATA DE NASCIMENTO 10.03.1981

C.N. 8072, L. 40-A, F. 50v, Cart. PE Dist. Itambé - PE.

Assinatura do Diretor  
*João Rodrigues da Silva*

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: **044.096.054-10**

Nome: JOÃO RODRIGUES DA SILVA

Nascimento: 10/03/1981



Cartão de identificação e transferência  
a ser utilizado junto com um cartão de identidade

Emissão: SET/2000



www.correios.gov.br

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 044.096.054-10 4 - Nome completo da vítima: João Rodrigues 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: João Rodrigues da Silva 6 - CPF: 044.096.054-10  
 7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: Rua Ana Pinto Duarte 9 - Número: 204 10 - Complemento: A  
 11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itaquitinga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000  
 15 - E-mail: amestoria.guiana@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81)9.8289-7962

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR EM RE O 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:  
 RECURSO INFORMAR  R\$1.000,00 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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0774 CONTA: 30766 2 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo  
 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)?  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 àquele beneficiários que se apresentarem e provarem a condição de beneficiário, 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 - Imprescritível  
 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, Itaquitinga - PE 05.01.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) João Rodrigues da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

---

**Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210002531**

**Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO RODRIGUES DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 54,54
Juros:	R\$ 0,44
Total creditado:	R\$ 1.404,98

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **JOAO RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.404,98**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **0000030766-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

