
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716207

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716207

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716207

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200249973

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

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, contados 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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200249973

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARGARETH MARIA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003017**

Conta: **0000013023-3**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ 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 nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127007624

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2019** às **17:44**

Complementa o BO Número: **19E0127007623**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2019** às **22:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTA MONICA (BAIRRO), 1, RUA ACARAXI, PROXIMO A ESCOLA ESTRELA DE ISRAEL** - Bairro: **SANTA MONICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WILLIANS (AUTOR \ AGENTE)
MARGARETH MARIA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
ROBERTO VIEIRA DA COSTA (OUTRO)
RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILLIANS

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

WILLIANS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 1, ALTO SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARETH MARIA DOS SANTOS** Pai: **ISMA ESPEDITO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **14/3/2003** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 85, QUARTA TRAVESSA SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBERTO VIEIRA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA TREZE DE MAIO, 585 - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

MARGARETH MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DAS NEVES DOS SANTOS Pai: **MOISES ANTONIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **6/5/1970** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 85, QUARTA TRAVESSA SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLIANS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJY6531** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **914369580** Chassi: **9BGSN19907B243908**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA NA RUA CONVERSANDO COM ALGUNS AMIGOS, QUANDO ESCUTOU UM SOM DE FREADA, AO VIRAR-SE PARA VER O QUE ERA, FOI ATINGIDO PELO VEICULO SUPRA CITADO. O MESMO FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DOS BOMBEIROS, SENDO TRANSPORTADO PARA A UPDA DA CAXANGA, TENDO PRONTUARIO 480710 E NUMERO DE ATENDIMENTO 1350534. A VITIMA CHEGOU NA UNIDADE COM DOR EM TORNOZELO DIREITO. O RX ACUSOU FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL. O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, TENDO NESTA UNIDADE O PRONTUARIO 1132469, ONDE RECEBEU GESSO COXO-PODALICO.

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


MARGARETH MARIA DOS SANTOS
(NOTICIANTE)


B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**





BOLETA DE OCURRENCIA N° 1000127007624

Comunicación registrada en la planta policial el día 29/10/2019 a las 17:44

Comunicación a: 22-10-2019 17:44

ATENDIMIENTO CON VITINA MOZAMBIQUESA (Mozambique) en la ciudad de

29/10/2019 a las 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

Atendido por: 22-10-2019 17:44

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

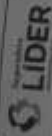
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DE LINGUAGEM DO BAC - CIRCULAR SUPLEN 445/11

Este aviso é informativo, visando a dar tempo aos interessados para apresentarem suas manifestações. Não há prazo para interposição de recursos.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

... e a sua representação.

© 2001 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 250: 349–356

[illegible]

new coin ultima intercedida con carácter - No se crea con especificos, ejemplares de Reglamentación Legal General, no se crea a

FILE NUMBER 44-38861-156
DATE 10/20/60

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA.

11.5 With TWENTY and more...

ABLAZELLE MARIA POZ SACPOS

Declaro, bajo la jurura del Rey, que todos los contenidos de este documento son ciertos y veraces, y que no he sido inducido a cometer fraude alguno.

...the results of the study...

- Quão há estabelecimento do IML, que atenda o regime de acidentes no da mesma entidade, ou:
- O estabelecimento do IML, que atenda o regime de acidentes no da mesma entidade não sendo permitida para fins de prestação de Seguro-ACIDENTE, ou
- O estabelecimento do IML, que atenda o regime de acidentes no da mesma entidade sendo permitida para fins superior a 50 (quarenta e cinco) dias consecutivos.

o adjuvante de alumínio o exame do metal pedido de indenização do Igarapé ZWART para a identificação de impurezas potencialmente tóxicas sempre por veículo automotor de alta velocidade, sob o qual se encaixa plenamente o procedimento de análise da mesma documentação que a apresentação do Buro do Instituto Médico Legal, em, considerando, desde 1946, em me submeter a periodicidade e a qualidade da análise. Entre ZWART para a contra avaliação da existência e eficácia do grau de lesão ou dano, para o fim do art. 3º, da Lei nº 3.364/64.

a ainda estar ciente de que a autorização para a instalação dessa parcela não constitui garantia concordância com a futura aprovação ou renúncia ao direito de concessão de, caso contrário do seu conteúdo.

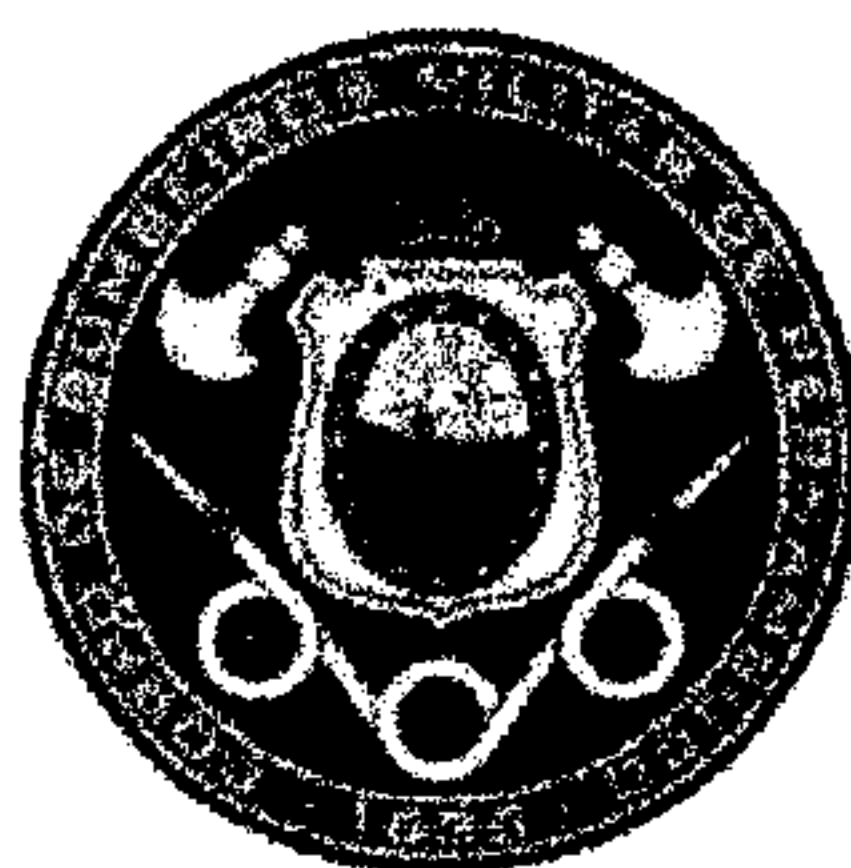
validada 14 de Junho de 2020

Local e Data

Amazilia mania cinerea

Campi 1 - Assistenza da beneficiari

4 00012017



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001137 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MARGARETH MARIA DOS SANTOS, 49 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 3841688 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 818.760.924-91, residente à 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO, nº 85, , TIMBI, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/09/2019, por volta das 22:54 hs, no endereço: RUA ACARAXI, S/N, SANTA MÔNICA CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL CLASSIC PRETA KJY6531-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 150.750.234-60 e Registro Geral ° 8834367, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710088-4 MENDES. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1350534. Ficou aos cuidados do médico DALMY PINHEIRO, registro 23456. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001137

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

© 1999 by John Wiley & Sons, Inc.

Copyright © 2008, Elsevier Inc. All rights reserved.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 115–121

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:	23/07/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320024997301
VALOR TOTAL:	843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARGARETH MARIA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000013023

Número da Autenticação

43B09FD6ABE248E6

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARETH MARIA DOS SANTOS

CPF: 818.760.924-91 NIS: 12455305793

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 4 STO ANTONIO 85

TIMBI/CAMARAGIBE
CAMARAGIBE PE
54762-497

085854404 ÚNICA 21/11/2019

21/11/2019 2000391583 878571

0858163030 11/2019

23/12/2019

8,59

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,18327681	5,79
7,0000000	0,33133185	2,31
		0,05
		0,44

TOTAL DA FATURA

8,59

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
55422	CAT	22/10/2019	1.137,00	21/11/2019	1.174,00	30	1,00000		37,00

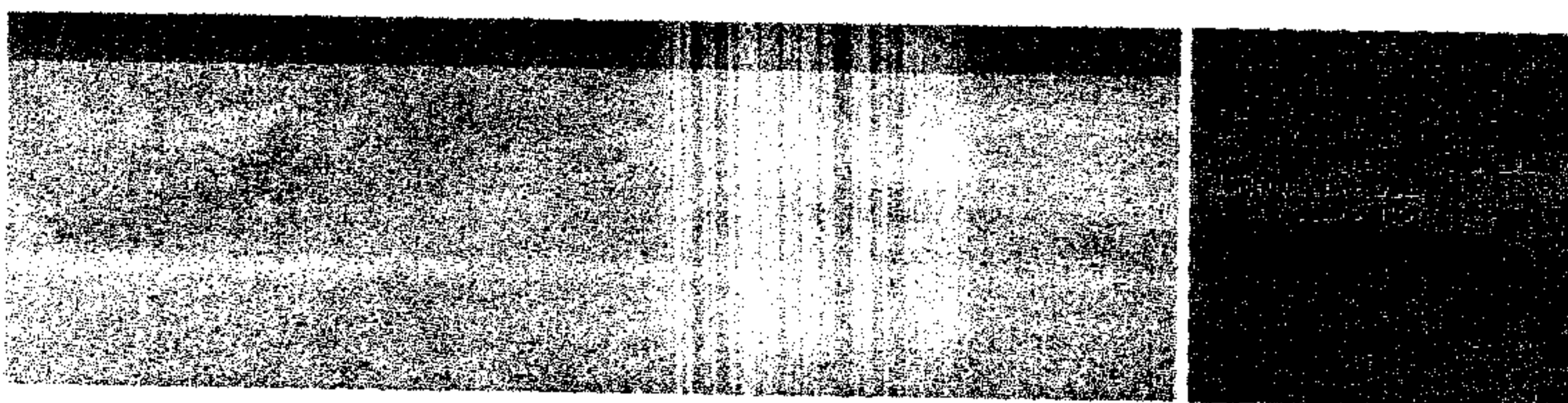
Mês/Ano kWh
NOV 19 37
OUT 19 53
SET 19 43
AGO 19 43
JUL 19 47
JUN 19 40
MAI 19 40
ABR 19 38
MAR 19 31
FEV 19 30
JAN 19 30
DEZ 18 30
NOV 18 30

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	4,16	48,43%
ICMS			Transmissão	R\$	0,42	4,89%
PIS	8,59	0,92	Distribuição (Celpe)	R\$	2,53	29,45%
COFINS	8,59	4,25	Perdas de Energia	R\$	0,80	9,31%
			Encargos Setoriais	R\$	0,25	2,91%
			Tributos	R\$	0,43	5,01%
			Total	R\$	8,59	100%

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18327681
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,31420200

8CC9 683A C1E3 9ABE 19A3 9BA9 8CBA 3CC8

Pague no ponto mais perto de você endereço de souza, e arcina lapenda 620 nsa sra de luz fcomercio 3r: rue arcina lapenda nossa
senhora de luzLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em
www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês (isenção do ICMS
conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social da Energia Elétrica criada pela Lei nº
10.438 de 26/04/02 - R\$ 14,13. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fínido para os padrões de atendimento
comercial.



CONJUNTO	VALOR APURADO 06/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CAMARAGIBE						MÍNIMO MÁXIMO
DSC	0,00	5,18	10,38	20,77	220	202 231
FNC	0,00	3,23	6,47	12,95		
DANC	0,00	2,94	0,00	0,00		

Limite DSCRI: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 4,00

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
0858163030 11/2019 23/11/2019 8,59

© 1999 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

1256-88786 (18)



Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA Idade: 16a 7m 1d Nascimento: 14/03/2003

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985392879

Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO, 85 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019

Prontuário: 00480710

Nº Atendimento: 01350534

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO HA CERCA DE 1 HORA APRESENTANDO DOR EM TORNOZELO DIREITO. SEM SINAIS DE TCE. NEGA DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR EDEMA EM TORNOZELO DIREITO SEM DOR A PALPAÇÃO CERVICAL E OU BACIA

RX: FRATURA TIBIA E FIBULA DISTAL

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

[Handwritten signature and stamp]
CAXANGÁ
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
Fone: 11 7777



Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA Idade: 16a 7m 1d Nascimento: 14/03/2003
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985392879

Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO , 85 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019

Prontuário: 00480710

Nº Atendimento: 01350534

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ANALGESIA
TRANSFERENCIA VIA CENTRAL DE LEITOS

CAXANGA 28/09/2019
Dalmy Sousa
Coord. Clínica

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456



Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA Idade: 16a 7m 1d Nascimento: 14/03/2003
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985392879

Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO, 85 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019

Prontuário: 00480710

Nº Atendimento: 01350534

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: DOMINGO, 29 DE SETEMBRO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: GETULIO VARGAS

SENHA: 5781891

QP:

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO DOR E EDEMA TORNOZELO DIREITO. SEM SINAIS DE TCE.

EVOLUÇÃO:

AO EXAME: DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + ADM LIMITADA

RX: FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL

MEDICO: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456



Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA
Sexo: MASCULINO
Contatos: - / 81-985392879

Idade: 16a 7m 1d
Nascimento: 14/03/2003

Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO ,
85 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019

Prontuário: 00480710

Nº Atendimento: 01350534

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

ANALGESIA + IMOBILIZAÇÃO
TRANFERENCIA VIA CENTRAL DE LEITOS


DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

MÉDICO: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-09-28 23:34:42

	Nome Paciente:	RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA
	Cód. Paciente:	480710
	Data de Nascimento:	14/03/2003
	Sexo:	Masculino
	Idade:	16
	Senha:	CG0188
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1350534 
SAME:		

Período: 2019-09-28 23:34:42 - 2019-09-28 23:38:51

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APÓS ATROPELAMENTO COM DORES EM MID. OCORRENCIA (1298937)

Observação:

HAS-
DM-
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MM/HG

Acolhido(a) por: RENNUZA RECYLLE RAMOS DA ROCHA - COREN: 548344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-14 11:52:43



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

1. Ocorrência da Emergência: 775943

1.1 - Atendimentos em: 29/09/19

1.2 - Às 11 horas e 13 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1132469

2.1 - Internado em: 29/09/19

2.2 - Alta em: 29/09/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM GESSO.

5. Observação: ATROPELAMENTO.

DATA: 12.11.2019

HORA: 10:53:36

PASTA: 01.11.2019

TB

RS

Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Prontuário: 01132469

Data de Nascimento: 14/03/2003

Idade: 16a 6m 27d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S82.3

Feito o Exame de RADIOGRAFIA + EXAME CLÍNICO + HISTÓRIA

Observação:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, CURSOU COM FRATURA FECHADA DE TÍBIA DIREITA. DADO COMO TRATAMENTO CONSERVADOR, ATUALMENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. EM USO DE GESSO COXO-PODALICO, QUEIXA-SE DE DORES E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR DEVENDO FICAR AFASTADO DE ATIVIDADES

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE: 27709

Recife, 09 DE OUTUBRO DE 2019

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
☐	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
☐	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
☐	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
☐	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
☐	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
☐	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
☐	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
☐	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
☐	SEDAÇÃO/ANESTESIA
☐	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
☐	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
☐	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
☒	PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA ☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM ☐ NÃO ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Dra. Walcyria do Carmo Melo
Enfermeira
COREN-PE 287.273

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.830-060
Fone: 0XX(81) 31845600

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 29/09/2019 11:00

Nome Paciente:	RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	14/03/2003
Sexo:	Masculino
Idade:	16
Senha:	E0012
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 29/09/2019 11:01 - 29/09/2019 11:02

WALKYRIA DO CARMO MELO - COREN: 287273 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RALATA DOR E EDEMA EM TORNOZELO D.NEGE DM, HAS E ALERGIAS.

Observação:

SENHA 5781891

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: WALKYRIA DO CARMO MELO - COREN: 287273 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/09/2019 11:02

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

FRATURA OSSA PERNA

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

RX COM FRATURA PERNA E DEVI-
ANTERO-LATERAL

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

INTERVENÇÃO

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição:

☒ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☒

Transferência ☐

Estado de Caso ☐

Exames Externos ☐

Assist. Social

Observações:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 29/09/2019 11:13 h RAULITACBS

Impressão: 29/09/2019 11:13 h RAULITACBS

29/09/2019

13:00

#508

Doente com fratura de tibia distal direita.
Realizado redução e mobilização com gesso coaptador.
Rx controle evidenciando boa redução.
Rx D.M. + Ass. int. analgésica

Médico

Silvio Brandão Conte
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25186

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO: 775943

Prontuário: 1132469

Nome: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data Nasc.: 14/03/2003

Idade: 16

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

Rgt: 8834387

CNS: 703101695564390

Endereço: RUA PROFESSOR CLAUDIO BELVA

Nº: 203

Bairro: DOIS IRMAOS

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52171250

Fone: 79160935

Profissão:

Nome da Mãe: MARGARETE MARIA DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA CAXANGA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5781591 ACIDENTE DE TRANSITO ATROPELAMENTO REFERE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA:

TRANCA CONTUSO NA PERNA DIR. NA OI DO
COTR(PELOTO)

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

AC VSA DE POLA - ROMA

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

FER

B: Respiratório

EU PNATICO

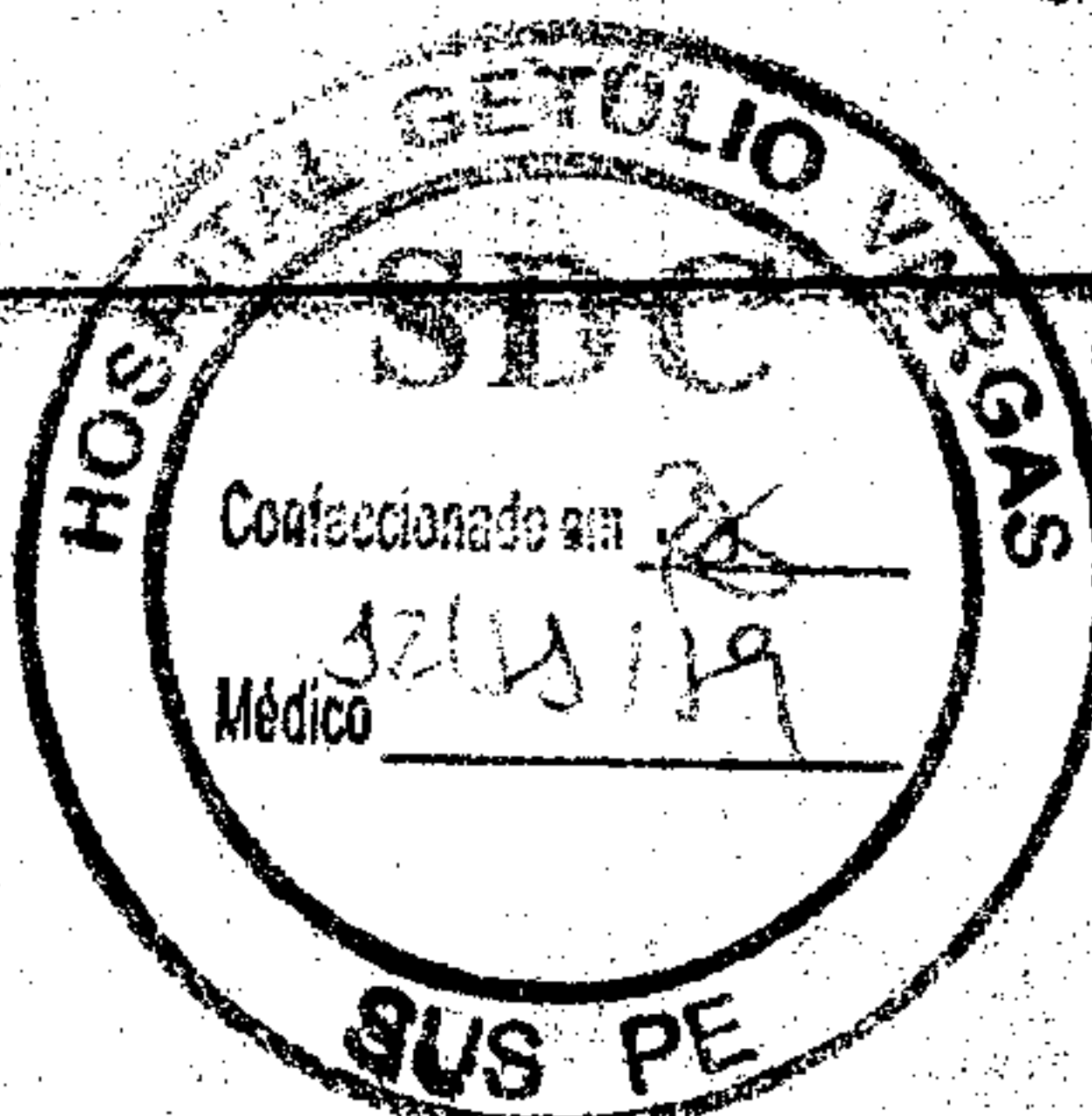
C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm:

NORMOCROMICO

D: Exames 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:

SEMIOTIC - PRESECAUON



OK

048
012



UPA 24h

Ministerio de Salud
MUNICIPALIDAD

Formulario de Registro de Pacientes

Nombre			
Apellido			
Edad			
Sexo			
Profesión			
Religión			
Estado Civil			
Residencia			
Fecha de Ingreso			
Fecha de Salida			
Observaciones			

Historia Clínica

Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Profesión: _____

Religión: _____

Estado Civil: _____

Residencia: _____

Fecha de Ingreso: _____

Fecha de Salida: _____

Observaciones: _____

Examen Físico

Temperatura: _____

Pulso: _____

Presión Arterial: _____

Frecuencia Respiratoria: _____

Saturación de Oxígeno: _____

Examen de Cabeza: _____

Examen de Cuello: _____

Examen de Tórax: _____

Examen de Abdomen: _____

Examen de Extremidades: _____

Examen de Sistema Nervioso: _____

MINISTERIO PERUANO DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD



UPA 24h

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan
Kartu Tanda
Kesehatan
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

Formulir Pengisian
Kartu Tanda
Kesehatan

REVISI: 01/2018 - 02/2018 - 03/2018 - 04/2018 - 05/2018 - 06/2018 - 07/2018 - 08/2018 - 09/2018 - 10/2018 - 11/2018 - 12/2018



UPA 24h
Unidade de Pronto Atendimento

MADEIRA LINDO
RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - PE

Paciente:
Nome: **DAINY SOUSA COMI**
Data de Nascimento: **26/07/1978**
Sexo: **F**
CPF: **03.052.524**
Médico: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Endereço:
Rua: **RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - PE**
CEP: **53090-000**

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Data: **10/07/2018**
Local: **UPA 24h**
Horário: **14h30**
Assinatura: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Diagnóstico: **FRATURA DE TÍBIA E FIBULA DISTAL**

Tratamento: **PLACATE COM FIO DE KNOT**

Medicação: **PARACETOL 500MG**

Exames: **RX TÍBIA E FIBULA DISTAL**

Observações: **Paciente em boas condições, sem dor, sem edema.**

Assinatura do Médico: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Enfermeiro: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Farmacêutico: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Psicólogo: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Fonoaudiólogo: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Nutricionista: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Assistente Social: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Terapeuta Ocupacional: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Fisioterapeuta: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Médico Assistente: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Médico Residente: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Médico Chefe: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Exatidão:
DO FEMUR E TÍBIA EM TORÇÃO DO OMBRO - ALTA LIMITADA
PE. FRATURA DE TÍBIA E FIBULA DISTAL

MEDICO: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Médico: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Enfermeiro: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Farmacêutico: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Psicólogo: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Fonoaudiólogo: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Nutricionista: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Assistente Social: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Terapeuta Ocupacional: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Fisioterapeuta: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Médico Assistente: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Médico Residente: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

Assinatura do Médico Chefe: **DAINY SOUSA COMI - Nº 23456**

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50900-000 / FONE: 31844366 / FOC: 978333000000



UPA24h

NAME	DATE
AGE	SEX
RELIGION	CASTE
EDUCATION	PROFESSION
RESIDENCE	STATUS

DECLARATION

I hereby declare that the information furnished by me is true and correct to the best of my knowledge and belief.

SIGNATURE

DATE

REMARKS

REMARKS

U.P.A. 24 HOURS SERVICE - KARNATAKA - AGENCY - P. / C.P. 2018/181 / P.N. 11/11/18/181 / J.C. 11/11/18/181/181

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXAMBA

Unidade de Pronto Atendimento de Referência - Caxambá - RJ
 2019-04-23 11:52:43 - 2019-04-23 11:52:43

Nome Paciente: [REDACTED]
 Data Nascimento: 01/11/1981
 Sexo: F
 Idade: 37
 Nome: [REDACTED]
 CPF: 000.000.000-00
 Endereço: [REDACTED]

Exame: [REDACTED]

Procedimento: 2019-04-23 11:52:43 - 2019-04-23 11:52:43

Procedimento: [REDACTED]
 Data: [REDACTED]
 Quarta-Feira: [REDACTED]
 Descrição: [REDACTED]
 Fisiologia: [REDACTED]
 Diagnóstico: [REDACTED]
 Exame: [REDACTED]
 P.A. 120/80 - 70/36 - 100/60
 P.A. 120/80 - 70/36 - 100/60

Assistência) por: RENILZA RECYCLE RAMOS DA ROCHA - COREN: 54834 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
 Data Impressão: 2019-04-23 11:52:43

HOSPITAL DE FOLHAS VARIAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

ACORDE: RUIRIBRIS ANTONIO DOBROS SANTOS OLIVEIRA
P. Observação de Esclarecimento: 777241

- 1.1 - Atendimento em: 28/08/19
- 1.2 - Ao 11 horas e 13 minutos.
- 1.3 - Intensão: SIM
- 1.4 - Retirou-se da 16. e um.

2. Inocunamento Elativo - Reg. Geral No. 1132/050
2.1 - Intensão em: 28/08/19
2.2 - Alta em: 28/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: PLACENTA DEBILITADA, EMBOLIA DE ARTERIA UTERINA

4. Tratamento: RESCUE - 100mg/kg, 100mg/kg

5. Observação: ATENÇÃO: AMENHO

DATA: 12/12/2019
LOCAL: 16.12.19
PASTA: 01/15.2019
TO
RS

[Handwritten Signature]
Tadeu Buri
28/08/2019
CPS 2019

Dr. Tadeu Buri

HOSPITAL GENERAL VAUGHAN
BIOHISTORIA

Nombre y Apellido: FRANCO, FRANCISCO
 Fecha de Nacimiento: 11/05/1948
 Lugar de Nacimiento: CHILE
 Estado Civil: CONJUGADO
 Fecha de Matrimonio: 12/05/1974
 Lugar de Matrimonio: CHILE
 Fecha de Ingreso: 28/02/1974
 Fecha de Salida: 28/02/1974
 Diagnóstico: Infarto de miocardio
 Tratamiento: Aspirina, Nitroglicerina
 Evolución: Estable
 Fecha de Alta: 28/02/1974
 Lugar de Alta: CHILE
 Fecha de Ingreso: 28/02/1974
 Fecha de Salida: 28/02/1974
 Diagnóstico: Infarto de miocardio
 Tratamiento: Aspirina, Nitroglicerina
 Evolución: Estable
 Fecha de Alta: 28/02/1974
 Lugar de Alta: CHILE

24/02/74
 #507
 Dato en forma de biografía, datos, historia
 biológica, psicológica, social, económica, cultural
 personal, familiar, social, económica, cultural
 personal, familiar, social, económica, cultural

Ministerio de Salud del Estado de Pernambuco

SECRETARIA
Gestão Vargem

Nome: _____ Sobrenome: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

RELATÓRIO MÉDICO

Atestado Médico: _____
Data: _____

Assinatura do Médico: _____

Carimbo

Assinatura do Médico: _____
Data: _____

Assinatura do Médico: _____
Data: _____

Assinatura do Médico: _____
Data: _____

HOSPITAL GUSTAVO VARGEM - HGV
Av. São Sebastião, 111 - Centro - Recife - PE - 50000-000
CNPJ - 06.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5000

HOSPITAL ESTUDIOS VASCALES EMERGENCIA

Formulario No. 1122-000

ATENDIMIENTO: 17/04/21

Nombre: **FRANCISCO CONTRA RO PERAIN DIE** Edad: **44 años** Sexo: **M**
 Fecha de ingreso: **11/03/2021** Motivo de ingreso: **TRAUMATISMO**
 Diagnóstico: **FRACASO DE LA COLUMNA CERVICAL**
 Diagnóstico secundario: **FRACASO DE LA COLUMNA LUMBAR**
 Diagnóstico terciario: **FRACASO DE LA COLUMNA TORACICA**
 Diagnóstico cuaternario: **FRACASO DE LA COLUMNA SACRAL**
 Diagnóstico quinario: **FRACASO DE LA COLUMNA CRANIAL**
 Diagnóstico sextario: **FRACASO DE LA COLUMNA COCCIGEA**
 Diagnóstico septario: **FRACASO DE LA COLUMNA CERVICAL**
 Diagnóstico octavo: **FRACASO DE LA COLUMNA LUMBAR**
 Diagnóstico noveno: **FRACASO DE LA COLUMNA TORACICA**
 Diagnóstico décimo: **FRACASO DE LA COLUMNA SACRAL**
 Diagnóstico undécimo: **FRACASO DE LA COLUMNA CRANIAL**
 Diagnóstico duodécimo: **FRACASO DE LA COLUMNA COCCIGEA**

Profesión:

Residencia:

Trabajo:

Estado civil:

Religión:

Antecedentes:

Enfermedades:

Operaciones:

Medicamentos:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

Prognóstico:

Observaciones:

Exámenes:

Tratamiento:

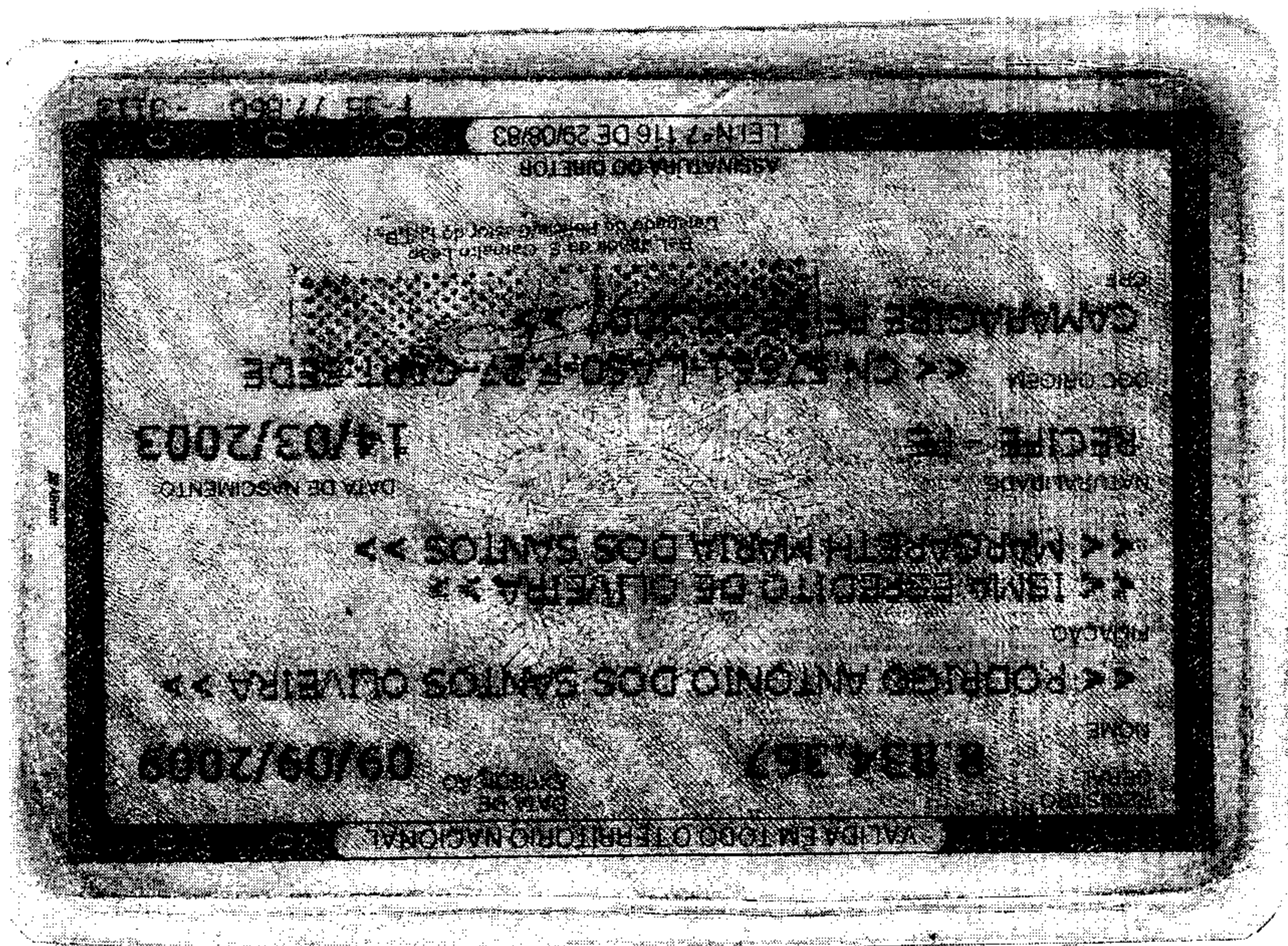
Prognóstico:

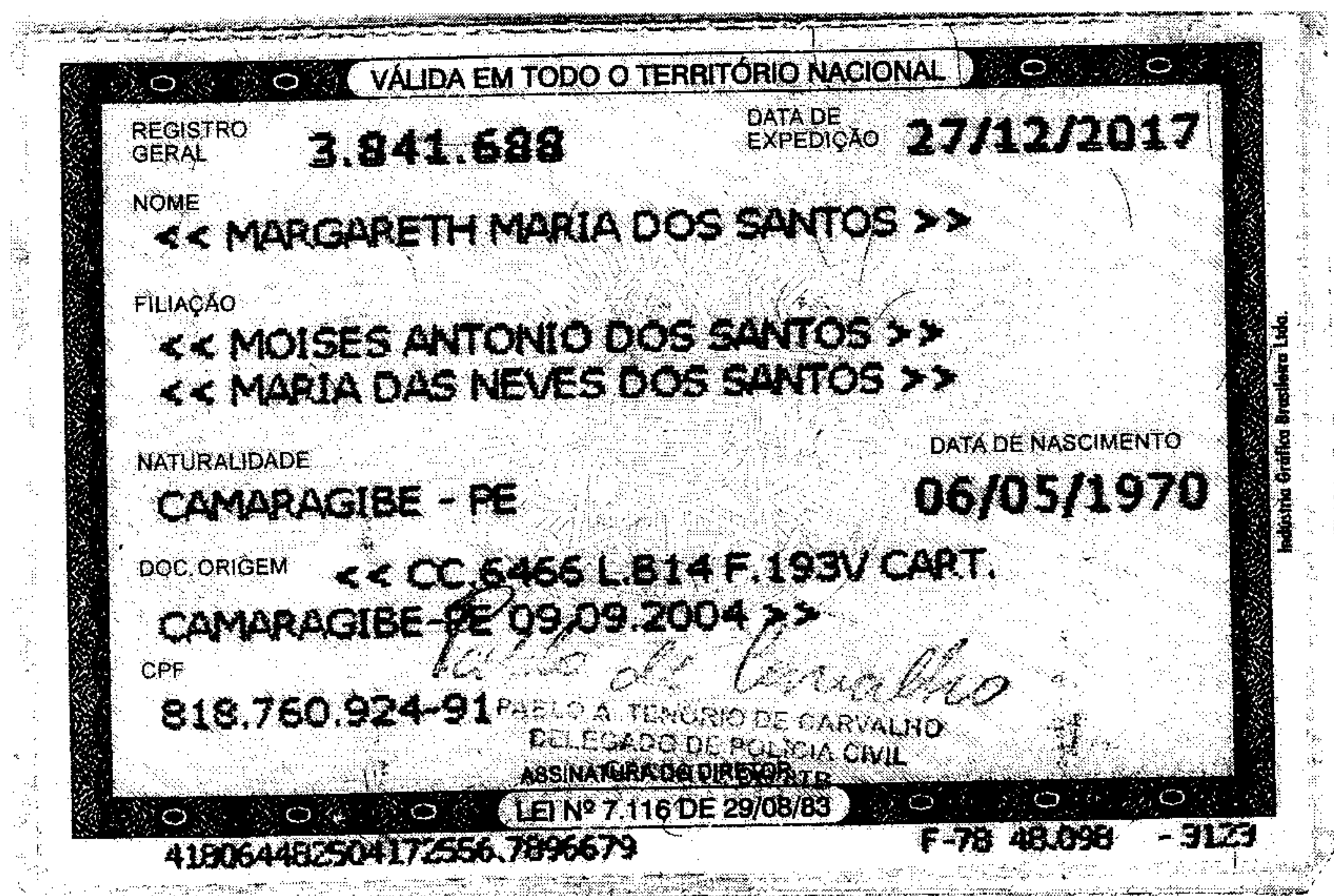
Observaciones:

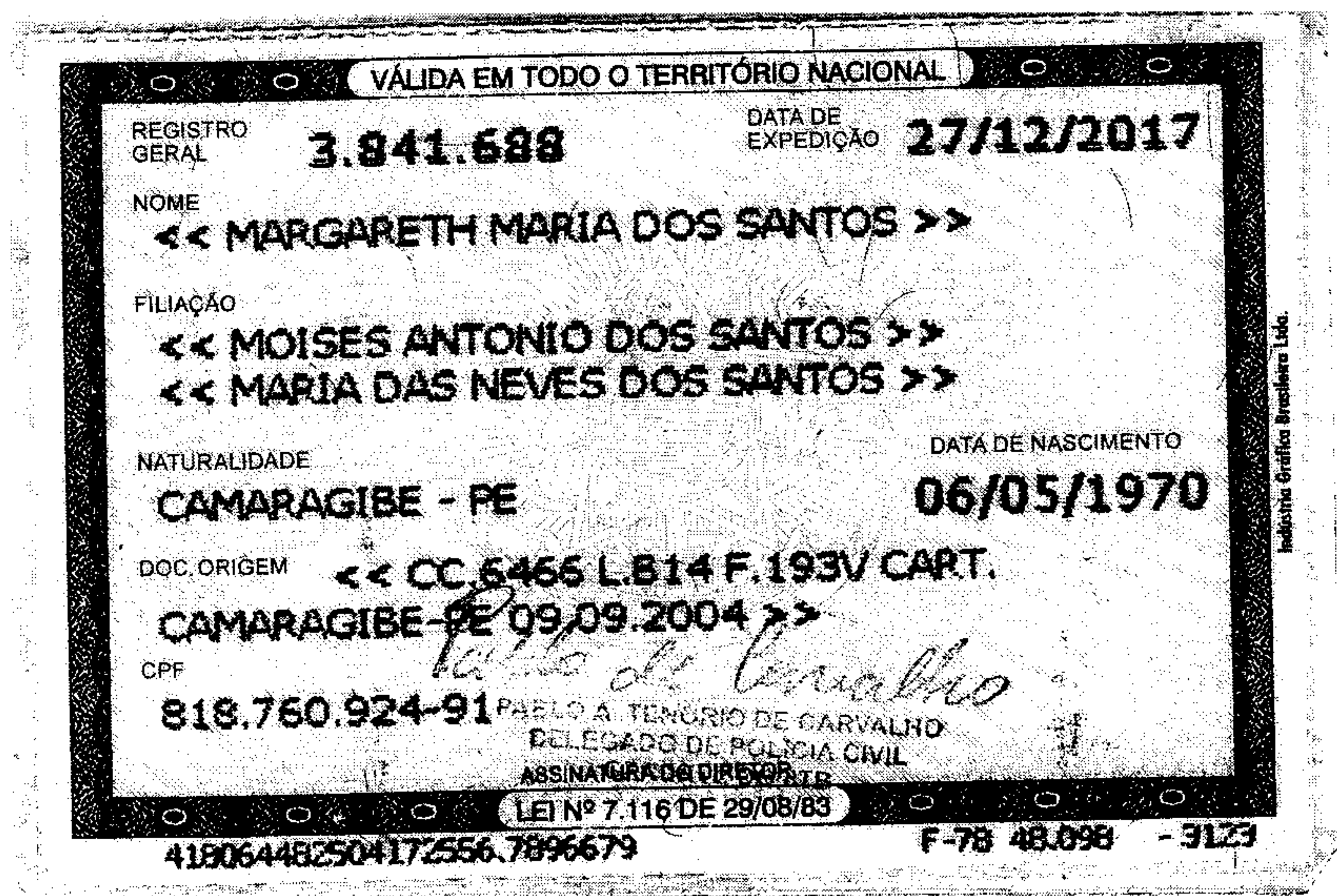


OK

OK









UNICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

32/12/2017

3.841.688

<< MARGARETH MARIA DOS SANTOS >>

<< MOISES ANTONIO DOS SANTOS >>

<< MARIA DIAS NEVES DOS SANTOS >>

06/05/1970

CAMARAGIBE - PE

<< CC 6465 L 814 F. 193V CART.

CAMARAGIBE - PE 09/09/2004 >>

819.760.924-21

430544025041726567066079

INSTITUTO DE INVESTIGACAO E DESENVOLVIMENTO

8.834.367 09/09/2009

<< PORTUZO ANTONIO DOS SANTOS DU. SILVA >>

<< 1964-03-20 >>

<< NOME COMPLETO >>

<< NOME COMPLETO >>

14/03/2003

CONHECIMENTO

INSTITUTO DE INVESTIGACAO E DESENVOLVIMENTO

8.834.367 09/09/2009

<< PORTUZO ANTONIO DOS SANTOS DU. SILVA >>

<< 1964-03-20 >>

<< NOME COMPLETO >>

<< NOME COMPLETO >>

14/03/2003

CONHECIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716207 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA DISTAIS DIREITAS.

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM EDEMA LOCAL, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO (+++++), BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 10 GRAUS, DORSAL A 5 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE.

Resultados terapêuticos: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 30 DIAS .

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200249973 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716207 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @6/7 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716207 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @6/7 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200249973 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465356/19

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEI

CPF: 818.760.924-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARGARETH MARIA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARGARETH MARIA DOS SANTOS : 818.760.924-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 20/12/2019
Nome: MARGARETH MARIA DOS SANTOS
CPF: 818.760.924-91

MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197057/20

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 150.750.234-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARGARETH MARIA DOS SANTOS : 818.760.924-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA : 150.750.234-60

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.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190716207
Nome do(a) Examinado(a): Rodrigo Antonio dos Santos Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Tv 4 Sto Antonio, 85 Timbi
Jardim Primavera Camaragibe PE CEP: 54753-350
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8834367
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [03/01/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAIS DIREITAS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: V?TIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM EDEMA LOCAL, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO (+++++), BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 10 GRAUS, DORSAL A 5 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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 (*).
(X) "Vítima em tratamento" **() "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em 30 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 (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742