

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Número do Sinistro: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/04/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 000000050708-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAXANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9866-62024

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50 70 8 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E2093000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/02/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/10/2020** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ, 1 - Bairro: TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BRENO SEVOLO CAVALCANTE (OUTRO)
JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Pai: SEVERINO LAURINDO GONÇALVES Data de Nascimento: 2/8/1968 Naturalidade: TRACUNHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3706005/SDS/PE (RG), 71068929472 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Endereço Residencial: RUA DEPUTADO METODIO GODOY, 35 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

BRENO SEVOLO CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): BRENO SEVOLO CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS4821** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, O MESMO VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO O PILOTO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A VITIMA A CAIR FORTEMENTE AO SOLO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA CAXANGA, PRONTUARIO 00502833, SENDO TRANSFERIDO PARA

O H.O.F, PRONTUARIO 1119587, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA, PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, NUMERO DE ADMISSÃO 351574, ONDE OBTVEVE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/10/2020, CASO AFETO A DELEGACIA DE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE.

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


JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: ADEILTON PEREIRA GOMES - Matrícula: 159741-8



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAXANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9866-62024

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50 70 8 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

11/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321010412401

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000050708

Número da Autenticação

FC5C4CC4492F9F77

Nº Documento: 20210155053430

Escritório: DOIS IRMAOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE MOREIRA

Nº Contrato: 6287389

05505343.0

01/2021-2

R DEP METODIO GODOY, N. 00035 - CAXANGA RECIFE PE 50980-725

INSCRIÇÃO: 340.352.095.0136.000

GRUPO: 18

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05505343.0

LIGADO	POTENCIAL	PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
A16S166530	13/01/2021	10/02/2021	REAL /	
ÁGUA		ESGOTO		
LEIT. ANT.: 928	CONSUMO: 11	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 939		LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 939		LEIT. FAT.:		

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO	ÁGUA
12/2020 15/	Á
11/2020 8/	Á
10/2020 11/	Á
09/2020 15/	Á
08/2020 12/	Á
07/2020 15/	Á
MÉDIA 12/ 0	Á

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E.Coli

EXIG. PELA PORT.
MS 2.914/11

126
126
126
126
126

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES
REALIZADAS

126
126
126
126
126

ATENDEM A
LEGISLAÇÃO

124
101
126
123
125

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL 003 UNIDADES
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

11 M3

VALOR R\$

135,39

PTS	135,39	1,65	5,23
COFINS	135,39	7,60	10,29

VERIFICAR

25/02/2021

TOTAL A PAGAR

135,39

FIQUE TRANQUILO: A COMPESA PROTEGE SEUS DADOS, ATENDE A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E TRATA SEUS DADOS PESSOAIS COM ÉTICA E TRANSPARENCIA. SAIBA MAIS EM WWW.COMPESA.COM.BR.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/02/2021

VERIFICAR

05505343.0

01/2021-2

VERIFICAR

25/02/2021

TOTAL A PAGAR

135,39

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nome: 502833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-986766526
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Idade: 52a 2m
Nascimento: 02/08/1968
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020

Prontuário: 00502833

Nº Atendimento: 01454615

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUARTA-FEIRA, 14 DE OUTUBRO DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

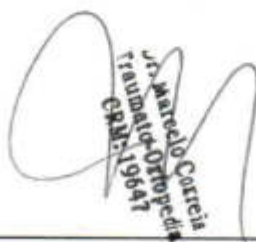
UNIDADE: HOF

SENHA: 6044281

QP:

RELAT ODE QUEDA DE MOTO COM DOR EM PÉ/TNZ ESQUERDO. NEGA TRAU, MANA CABEÇA, DESMAIO, VOMITOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA, DOR CERVICAL, TORACICA E ABDOMINAL, em: 14/10/20 22:10

EVOLUÇÃO:



Dr. Marcelo Correia
Ortopedia
CRM: 19647

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Idade: 52a 2m Nascimento: 02/08/1968
Contatos: / 81-986766526
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGA -
RECIFE/ PE - CEP: 50980580
Paciente: EVERINA BERNARDO DE SOUZA

Data do Atendimento: 14/10/2020

Prontuário: 00502833

Nº Atendimento: 01454615

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TIBIA, em: 14/10/20 22:10

CID PRINCIPAL:

CONDOTA:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERENCIA, em: 14/10/20 22:10

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Data Nasc.: 02/08/1968 Idade: 52 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
CPF: RG: CNS:
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI
Bairro: CAXANGA Cidade: RECIFE
CEP: 50980580 Fone: 558186766526 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3483045
Nome Social:
Prontuário: 1119587
Religião:
Nº: 35
Estado: PE

HOF
Notificado pelo Dr.
06/11/20

2 - ATENDIMENTO Data: 16/10/2020 00:59 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vide prontuário eletrônico.

Exame Físico:

Dr. Marina Hirschi
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Coluna
CRM 15797 PA: 11652
Unimed
RECIFE 034.0001.5797-2

FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: _____

Horário

Data

16/10/20
02:10

Doente consciente, orientado, lucidez.
Nega náusea, vômito, dor no
peito, agudizada. Conduta médica.
Nega alterações de equilíbrio.

Elisa Bazzos
Fisioterapeuta
COREN-PE 190017

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 16/10/2020 00:59

	Nome Paciente:	JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
	Cód. Paciente:	1119587
	Data de Nascimento:	02/08/1968
	Sexo:	Masculino
	Idade:	52
	Senha:	EA0003
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3483045	
SAME:	1119587	

Período: 16/10/2020 01:02 - 16/10/2020 01:02

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, QUEDA DE MOTO, COM IMOBILIZAÇÃO MIE, NEGA DM/ HAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2020 01:02



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Sexo:
MASCULINO

Mãe:
SEVERINA BERNARDO DE SOUZA

Endereço:
RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Idade:
52 Anos 2 Meses 13 Dias

Contatos:
81. 86766526 | Celular: 81.

Nasc.
02/08/1968

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 16/10/2020 00:59

Prontuário: 1119587

Nº. Atendimento: 3483045

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MARINA HIRSCHLE GALINDO

Admissão

— **Queixa Principal** —

— **História Clínica** —

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM.

— **Exame Físico** —

DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA DIR. BOA PERFUSÃO DISTAL.

— **Observações** —

RX: FRATURA TIBIA DIR

— **Conduta** —

INTERNO P CIR ELETIVA

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

Hora: 16/10/2020 - 01:41

Dra. Marina Hirschle
Ortopedista e Traumatologista
CRM 15797
Ultrassom
Residência Médica
RECIFE 0001.27072



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1119587

7- (CHS)

8- DATA DE NASCIMENTO

02/08/1968

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

SEVERINA BERNARDO DE SOUZA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 86766526 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM. DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

INTERNO P CIR ELETIVA

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX: FRATURA TIBIA ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA - S829

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999991

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA E EMERGENCIA

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

16/10/2020

28- CNP OU CNPJ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

04047839450

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☒ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD ORGAO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR

Dr. Marina Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15797
RECIFE - PE
16/10/2020



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: **JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES** (1631565)
Data Nascimento: 02/08/1968 52 Anos e 2 Meses
Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Nº de Admissão: 351574

PAINEL:

Data da Admissão: 20/10/2020

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, **JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES** é portador do diagnóstico:

CID: CID: (S822) FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Permaneceu internado do dia 17/10/2020 a 21/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 20/10/2020.

RETORNO: 16/10 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

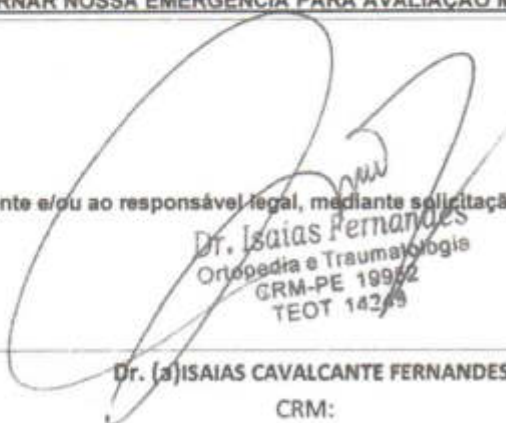
01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 20/10/2020 as 21:37


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19912
TEOT 14249

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (1631565)

Admissão: 351574

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA ESQUERDA

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 17/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ISAIAS FERNANDES

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 16/10/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 60 DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 21/10/2020 as 16:40


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 14349

Dr. (s) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/10/2020 - 14:27

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO EM 14/10/20. NEGOU ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Exame físico:

EDEMA. NV MANTIDO. PELE ÍNTEGRA.

Hipótese diagnóstica:

1) FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checagem
01 - INTERNAMENTO + PREOP	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cielito Campelo, S/N - 50000-000 - PE

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 20/10/2020 - 21:34

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES - CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON ANDRÉ

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

2. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO MIPO PROXIMAL E DISTAL, COM FASCIOTOMIA

REDUÇÃO DE FRATURA EM PERNA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, E COLOCAÇÃO DE PLACA 4,5MM EM T 14

FUROS MEDIANTE TÉCNICA EM PONTE E FIXAÇÃO COM 06 PARAFUSOS CORTICAIS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SINTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed

Hospital Memorial Armindo Moura

SAM

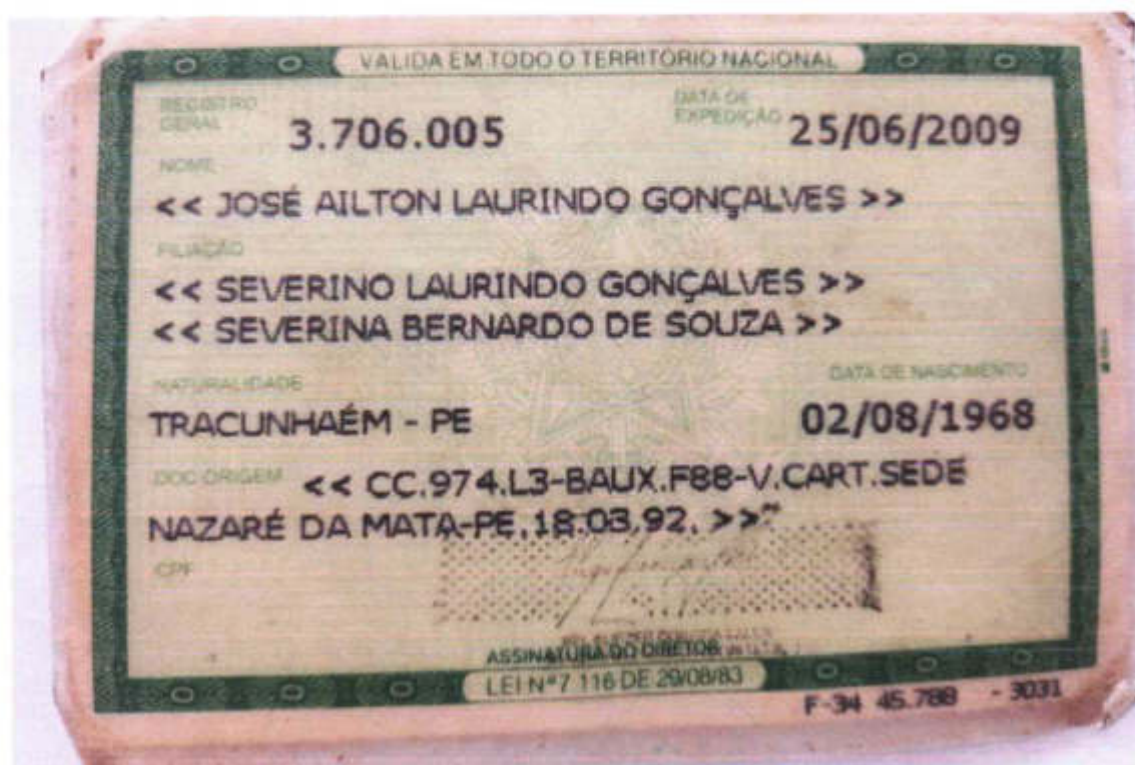
Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3535-2013

Av. Getúlio Carneiro, S/N - São Paulo - PE

PLACA EM T 4,5MM 14 FUROS - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 06 UNIDADES

Hospital Memorial Domício Moura
SAMF
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3595-2013
Av. Getúlio Campos, 244 - J. 100 - PE





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

**Número
710.689.294-72**

**Nome
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES**

**Nascimento
02/08/1968**



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

EMPREGO DO PORTADOR

NR _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMPIRINDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA PERMANENTE DE APEREÇIMOS O LAUDO DO IML, DE CULPAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, OBRIGADO ASSINAR PELA VITIMA E RESCISÃO DO MÉDICO ASSISTENTE (OBRIGADO QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFENSIVA)
- ☐ RESOLUÇÃO DE ATRIBUIÇÃO DO LAUDO DO IML (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA EM NOBRE
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / RECEITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COM IDENTIFICAÇÃO DO DADOS BANCÁRIOS, INS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA EM NOBRE
- ☐ OMS, REPRESENTANTE LEGAL, E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, DEVE SER PAI, MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMPIRINDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDICANDO AS LESÕES, SÓBRES AS DE QUEM PELA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (OBRIGADO E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES, QUINTAIS
- ☐ VOUCHERS FISCAS, GORRONS E LAUDOS DE SERVIÇOS ACIONADOS EM REPARO DO ACIDENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESCISÃO DE EMPREGO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESCISÃO DE EMPREGO
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / RECEITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COM IDENTIFICAÇÃO DO DADOS BANCÁRIOS, INS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA EM NOBRE
- ☐ OMS, REPRESENTANTE LEGAL, E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, DEVE SER PAI, MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ☐ MORTE - R\$ 13.500,00
- ☐ INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A CATEGORIA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- ☐ DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (PREMIO) SOBRE ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURODPVAT.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

DATA _____

IDENTIFICADOR

IDENTIFICADOR

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

Assinatura do Representante Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50