

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200384610 Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200384610 Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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, 10 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.227,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 1.890,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.227,50

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 000008451-5

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 098.087.504-86 Nome completo da vítima: Tailan Roberto Vieira da Silva

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

Nome completo: Tailan Roberto Vieira da Silva CPF: 098.087.504-86
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 304 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Tailan Roberto Vieira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: 2. OUT 2020
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 098.087.504-86 Nome completo da vítima: Tailan Roberto Vieira da Silva

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

Nome completo: Tailan Roberto Vieira da Silva CPF: 098.087.504-86
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 304 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Tailan Roberto Vieira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: 2. OUT 2020
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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:	03/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320038461001
VALOR TOTAL:	2.227,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000008451

Número da Autenticação

5289DD303130D7AB



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 106.1221

Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

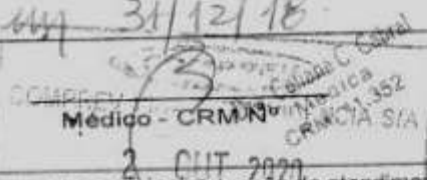
Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Queimaduras de II/III
Grau por Chamas (combustível)
em MMII.

Tratamento Realizado: Cuidados Especializados
no 1º Atendimento
antibiótico terapia
exeto de pele (20/12/18)

Observação: Retornou ao ambulatório de
queimados p/ curativos (29, 49 e
69 feridas em 700h)

Cópia de: alta em 31/12/18


Medico - CRM Nº 352
CRANCIA SIA
2 OUT 2020

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

Cód. 0086

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 106.1221

Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

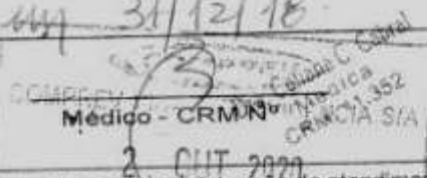
Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Queimaduras de II/III
Grau por Chamas (combustível)
em MMII.

Tratamento Realizado: Cuidados Especializados
no 1º Atendimento
antibiótico terapia
exeto de pele (20/12/18)

Observação: Retornou ao ambulatório de
queimados p/ curativos (29, 49 e
69 feridas em 700h)

Cópia de: alta em 31/12/18


Medico - CRM Nº 352
CRANCIA S/A
2 OUT 2020

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

Cód. 0086

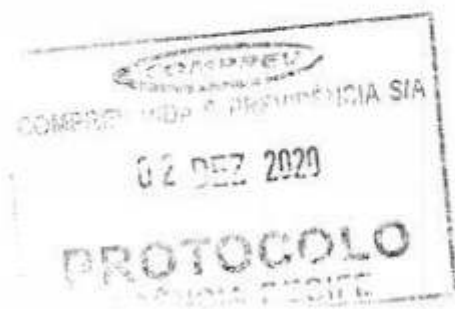
Sinistro: 3200/384610

CPF: 098.087.504-86

Vítima: Jailan Roberto Vilira da Silva.

Desejo informar a seguradora líder
que não tenho mais documentos médicos para
encaminhar desejo que meu processo seja
dado continuidade para que eu possa
receber o que é meu por direito, fico no
aguardo de uma resposta.

02/12/2020





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Taibam

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/12/18 - T. Compacção e
conduta. Realizando as avaliações e
inscrição a margem.

Carimbo
18/12/18

19/12/18

A. Medline

Medico de plantão
5/12/18 8/12/18 8/12/18
fome pequena, PV
CD M

20/12/18

A. Medline

5/12/18 5/12/18 5/12/18
fome pequena, PV
CD M

21/12/18 UTB - Plantão

Paciente evoluindo bem, sem queixas
de ex. compressão, indolência, etc.
RCR em 2T PA = 140x80
MVN 5T PA
Curativo limpo.

CD - Manobra

CON. 0123

17/12/18 18/12/18 19/12/18

- Refere tala gaseada de antebraço D. que segundo pai
foi na praça de São Sebastião (extrema com man. de

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

02/12/2018 22:44

Nome Paciente: TAYLAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/04/1991
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: 00956
Convênio:
Atendimento:

02/12/2018 22:44 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRA

Urgência:

AMARELO - URGENTE

Sexo:

AMARELO

Assia Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA POR EXLOSAO DE COMBUSTIVEL EM
ATINGINDO IMII

Assistência:

SENHA: 0000250

Procedimento(s):

QUEIMADURAS

Discriminador(s):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CHIRURGIA GERAL

Algoritmo:

Atas: Vidas Lidas:

- SATURACAO DE O2: 89.00 % (AR ATMOSFERICO)
- ESCALA DE DOR: 7
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Aceite(o) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 02/12/2018 22:44

Assinatura de Acolhimento com Classificação de Risco

Paciente

Enfermarias 1.º

Registro

Paciente Roberto Viana da Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Traumatologia/Osteopatia

8:00 03/12/2018

AD) Paciente 5º dedo - interdigital +
 Queimadura de II e III graus em unguem
 Paciente vítima de acidente automobilístico.
 Exposto de queimadura da unha, na qual
 observou em ambos dedos apresentando
 queimadura em unguem de grau 2-3.
 Sendo referir dor em nível de especificidade
 neste no 5º dedo.

No exame físico - observados a no 5º
 Sinal de dependência interdigital
 Rx de largos entre falange interdigital e
 proximal

CD: 1) Radiografia anexa

2) Novo Rx

9:40

Rx de antegost. Refere melhora alguns
 CD. Queimadura total. Prova de falange
 distal do 5º dedo. Não dispomos de
 foto metálica

3) Alta e ficha de encaminhamento.

3) Atos cirúrgicos da cirurgia

P.R. Silva &

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Caíque A

Nº do Paciente:

Clinica:
QUEIMADOS

Nº do Leito

DR. MARCOS BARRETTO

1º Assistente:

2º Assistente

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneoterapia

ASSEPSSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2 DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3 CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

Unidades de Informação Setoriais
CS UTO MARCULINO ADUSTO 2A



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Taylor Roberto Viana de ~~Almeida~~

Clinica: Otorrinolaringologia

Operador: Dr. Marcelo Samuels

1ª Assistente:

Instrumentador:

Anestesia: Geral (Algodão)

2ª Assistente:

Anestesista: Dr. Raulino

Data da Operação: 26/12/18

Diagnóstico Pré-Operatório: Amigdalite de III / de

17.12.18

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneotomia sob sedação +

exat. cutânea de M.O.I.E.

Operação Realizada:

Idem

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

Balneotomia

Dr. Marcelo de Almeida

1. Realização de punção da pele da coxa

2. Colocação e fixação da pele

na área punção

3. Curativo ocular e Adapte

CONTA
TIPO CI
DATA:



FICHA DE ANESTESIA

Data

04/12/08

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

TALLINI ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

B

27

J

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

S689 GILDA MARINHO

S6000

Médico do Pré-anestesia

1061221

Urgência

☐ Não☐ Sim

Cirurgia

Bariestruque

Horário

08:45

08:55

09:00

09:05

09:10

09:15

09:20

09:25

09:30

09:35

09:40

09:45

09:50

09:55

10:00

10:05

10:10

10:15

10:20

10:25

10:30

10:35

10:40

10:45

10:50

10:55

11:00

11:05

11:10

11:15

11:20

11:25

11:30

11:35

11:40

11:45

11:50

11:55

12:00

12:05

12:10

12:15

12:20

12:25

12:30

12:35

12:40

12:45

12:50

12:55

13:00

13:05

13:10

13:15

13:20

13:25

13:30

13:35

13:40

13:45

13:50

13:55

14:00

14:05

14:10

14:15

14:20

14:25

14:30

Drogas Usadas

Quantidade

Ketalar

100 mg

Fentanyl

50 mg

Dormonal

5 mg

Técnica Anestésica

f. duradoura

IV

Monitorização

☐ ECG☐ Cardíaco☐ Temperatura☐ Oxim.☐ Sonda Gástrica☐ PNI☐ Analgesia/Tóxicos☐ Sonda Vesical☐ PVS☐ Glicose☐ Estimulador de Nervos☐ Esf. Pré-Operat.☐ Urina Residual☐ Diurese☐ Volume B2 P2

Circulação

☐ Pulso☐ Sístole☐ Vent. 12☐ Diastole☐ SPO2☐ Press. Art.☐ UN☐ Edema

Ventilação

☐ Não☐ Sim

Desfibr.

Oximetria

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
MÉDICO
CRM - 2692

Assinatura do Anestesiologista

Assinatura



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital de Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1061221

Data e Hora de Atendimento:
02/12/2018 22:53

Local de Entrada: EMERGEN
Atendimento: Manual

Cod. Paciente: 1058180 Paciente: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA Sexo: MASCULIN
Data de nascimento: 16/04/1991 Idade: 27a 7m 15d

Estado Civil: UNI70 CONSEN Profissão: Acompanhante: LUANA DO NASC

OOB ID / Data expedição: Mãe: EDINALVA FELICIANO DA SILVA Cartão SUS: 700201989664
8152255 / 06-Mar-12 Pai: EDVALDO VIEIRA

Endereço: RUA FRANCISCO DE MELO CAVALCANTE Número 104
Bairro: CENTRO Complemento:
Cidade: PAUDALHO PE Telefone: 985676933

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assa

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros ☐

Observação:

História Clínica:

paciente vítima de acidente de trânsito de
II e III graus com lesão (35%) da
superfície corporal

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições da imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está permeável: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp

B: Respiratório

Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

Comp.

15 dias

Após retirada, observei mobilização normal do
punho e 5º DDD.

Dr. Carlos E. Cabral
Médico
CRM: 11.352

20/12/18 - T. Ompacaronal

Condutor: Observamos uma lesão nodulosa
de 1da mão direita
de 1da mão esquerda (devido o
tempo de imobilização)
Treino de marcha

Dr. Carlos E. Cabral
Médico
CRM: 11.352

22/12/18

Evolução

Paciente bem, sem queixas.

Sem pna. Reduzido. Corado.

Clinicamente bem. Col. Mantida.

Dr. Carlos E. Cabral
Médico
CRM: 11.352

24/12/18

Dr. Carlos E. Cabral

Ordem clínica em 1º passo
81 pna 1/2 passo
sem queixas e pna
cel m

26/12/18

Dr. Carlos E. Cabral

Ordem clínica em 1º passo
81 pna 1/2 passo
sem queixas e pna
cel m

Deficiência motora	AISD ☐	MSE ☐	AMD ☐	AMB ☐	Papilas ☐	Isocôncas ☐	Anisocôncas ☐
Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora		Glasgow: Total				
Escore	Escore		Escore				

Prontuário

QUIMBUNDO D. D. GARD
GM IMEI

1) INTERVIMENTO
NEUROLÓGICO

MA. Angelina
CRM 10.318

Tagem

Cod. Procedimento

Ass. Médico

Ass. Enfermagem

Condição de Alta:	
Curado ☐	Melhorado ☐
Interferido ☐	Piorado ☐
Obito ☐	

Caso: ☐ Cirurgia ☐ Obito ☐ Termo de Alta a Pedido ☒ Levadiu-se ☐ Alta
Data: 31/12/18 Hora: 10:10h

Responsabilidade para internamento:
As normas existentes neste hospital, as quais acito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos
inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários
Nome completo legível: _____
Assinatura: _____

Responsabilidade de alta a pedido:
Fui pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento
consequências que deste ato possam advir.
Nome completo legível: _____
Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 02-Dec-18



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Tailan

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/12/18 - T. Ocupacional
Condut: Realizando exercícios para
MMIT Treino de marcha

Carmen Dupla
Terapia Ocupacional
CRP 01012019-10

clínica

10/12/18

Prévio clínico Tailan de

87 anos 87 anos

sem queixas e sem

cd m

ML 10/18

paciente

sem

alterações

ACU

AR

LD

distúrbio

glucose

exame

maneira

Dr. Fernando S. S. S. S.
MEDICINA
CRM 7610

11/12/18 - cl. médica

87 anos 87 anos 87 anos

sem queixas e sem

cd m

cl. médica

13/12/18 - Evolu: 1 s/ fôr, 1 fôr 1 s/ fôr

permanecendo estável

sem queixas e sem cd m

CGD.0123

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Nº do Paciente:

Sau-lan

Robert

União

Clínica:
QUEIMADOS

Nº do Leito:

DRA. SOCORRO SOUZA

1ª Assistente:

2ª Assistente

Instrumentador:

Anestesiologista:

JO

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

Início:

Fim:

04/12/18

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU

da mss e

m. 21

Diagnóstico Pós-Operatório:

Intervenção Proposta: Balneoterapia + Desbridamentos Cirúrgicos.

1) ASSEPSSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2) DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3) CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

DESEMPENHO FAVORÁVEL
MÉDICO
CRM 1410

28/12/18

Paciente sem alteração
ACU e RA - NDN
Abdomine Glacido

Dr. Roberto S. F. F. F.
MEDICO
CRM 7618

28/12/18 - T. Ompassom

Conduta: Mantida conduta no posicionamento

29/12/18

Paciente sem alteração
ACU e RA - NDN

Abdomine Glacido
Conduta mantida

Dr. Roberto S. F. F. F.
MEDICO
CRM 7618

29/12/18

Solução Hemopneumotorax

Dr. Roberto S. F. F. F.
MEDICO
CRM 7618



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014356819647

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA	COD RENAVAM	RENTRG	EXERCÍCIO
1	1059875619	*****	2019

NOME
DANIELE MARIA DA SILVA

PAUDALHO - PE

CPF/CNPJ	PLACA
090.365.484-32	PDH9765

PLACA ANT/UI	CHASSI
*****	422AC1688F0105499

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
FAB MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG150 FAN ESDI	2015	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
25/149CL	PARTIC	FLETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1 *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 *****
A 1	*****	3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
34.26	0.32	34.58	11/01/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

Assinatura

PAUDALHO - PE

Marcelo Druto da Costa Correia

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014356819647

BILHETE DE SEGURO DPVAT

DANIELE MARIA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAUDALHO - PE	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	2019	27/01/19

VA	CPF/CNPJ	PLACA
	090.365.484-32	PDH9765

RENAVAM	MARCA/MODELO
005000010	HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB	CHASSI
2015	422AC1688F0105499

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)

☐ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

8102-707

2 OUT 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200384610 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7. LUXAÇÃO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS MEMBROS INFERIORES (DESTRIDAMENTO, ENXERTO DE PELE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E MEMBROS INFERIORES

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 DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E
RESIDUAL DOS MEMBROS INFERIORES

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	14%	R\$ 1.890,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			16,5 %	R\$ 2.227,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200384610 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Número do Sinistro: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Número do Sinistro: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

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: 02/12/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA : 098.087.504-86

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: 27/10/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva