

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014356292371

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD RENAVAM	RNTC	EXERCICIO
1	528718388	*****	2018

NOME
FERNANDO ALBERTINO DA SILVA FILHO
ABREU D LIMA PE

CPE/CNPJ	PLACA
086.706.014-00	EGB0265

PLACA ANT/UE	CHASSI
*****	80860000000000000000

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAR MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA POP100	2012	2013

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/97CL	PARTIC	VERMELHA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2018 QUITADO		1º *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º *****
1	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

SEM RESERVA	OBSERVAÇÕES
LOCAL	
ABREU D LIMA PE	

DETRAN - PE
13 DEZ 2018
Gente Seguradora
Gratias - Recibo
30/11/18

Charles Andreza Souza Ribeiro
DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597453 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

DECLARAÇÃO

Eu, FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

RG 8.221.233, CPF 086.706.014-00

declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 18/08/2018 fui socorrido por POPULAR

e levado ao Hospital UPA DE IGARASSU

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado;

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante;

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: Recife PE UF Pernambuco Data: 05/12/2018

Fernando Salustiano da Silva Filho

Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597453 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597453 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.
Documentos complementares:
Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: VENDEDOR
Identidade: 8.221.233-SDS/PE CPF: 086.706.034-00
Endereço: RUA DAS NINFAS, n° 298, TIMBÓ, ABREU
E LIMA-PE, CEP= 53.520-090

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Av. Joaquim Nabuco n° 200, Timbó, Abreu e Lima -PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA: 03/12/2018

Local e data

Fernando Salustiano da Silva Filho

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO			
BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Ribeiro de Sena, N° 51 - Centro - Abreu e Lima/PE Cep. 53.520-200 - Fones: (81) 3542-1301/3541-0572 : cartoriografredomariano@gmail.com			
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de	FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO, Abreu e Lima/PE, 03/12/2018 09:40:51, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 TSM: R\$ 0,80 Total: 4,79.		
RC: 4-68247			
Joelma Félix Cavalcanti - Escrevente	Selo digital: 0150607.LID09201801.01626		
consulte autenticidade em www.tabelionato.org.br			



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458350/18

Vítima: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

CPF: 086.706.014-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: FERNANDO SALUSTIANO
DA SILVA FILHO

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO : 086.706.014-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180597453

Vítima: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 086.706.014-00	Nome completo da vítima FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO		CPF titular da conta 086.706.014-00	Profissão VENDEDOR
Endereço RUA DAS NIÑFAS		Número 288	Complemento CASA
Bairro TIJUBO	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53.520-090
Email ballimsp@hotmaif.com		Telefone (DDD) (81) 98421-5834	
Telefone (DDD) (81) 3538-0069			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

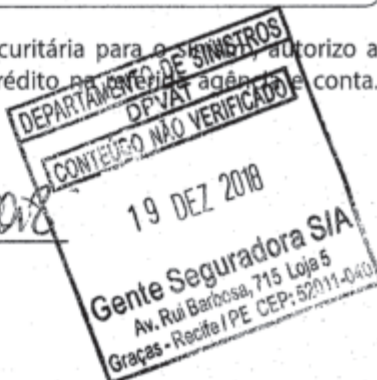
AGÊNCIA NRO. 3122	D/V 9	CONTA NRO. 00038573	D/V 9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	NRO. 104
AGÊNCIA NRO. 3122	D/V 9
CONTA NRO. 00038573	D/V 9
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Abreu e Lima de *05* de *Dezembro* de *2018*
Local e Data



Fernando Salustiano da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

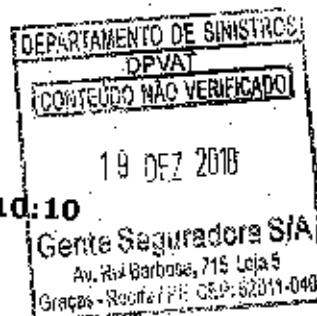
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





045.8350/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0123002197**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2018** às **10:10**Complementa o BO Número: **18E0123001888****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 18/9/2018 no período da Manhã**

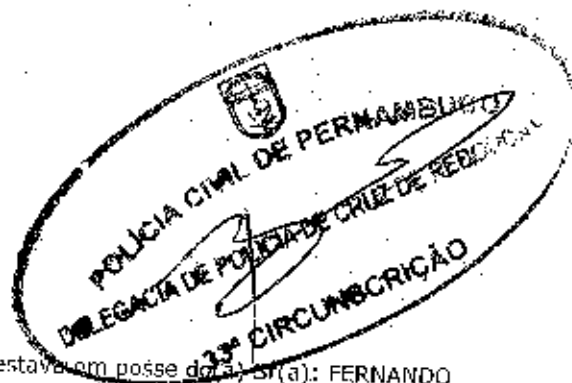
Fato ocorrido no endereço: **BR - 101, FABRICA DE GESSO - IGARASSU/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1 - Bairro: CENTRO -**
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
THIAGO DIEGO ROCHA ALENCAR (OUTRO)
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DESCONHECIDO**



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

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIANE MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA Data de Nascimento: 29/11/1991
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: DESC Pai: DESC
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

THIAGO DIEGO ROCHA ALENCAR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESC Pai: DESC
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

UMA MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGB0265** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2BB0210DR409233**

UM VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DSCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DSCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

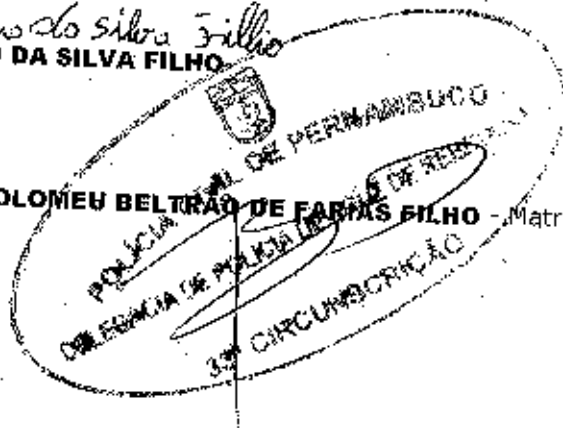
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR-101 QUANDO PROXIMO A FABRICA DE GESSO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM AO MESMO E LOGO EM SEGUIDA FREIOU EM SUA FRENTE CAUSANDO UMA COLISAO DO VEICULO COM A MOTOCICLETA COM A COLISAO A VITIMA PROSTOU-SE AO CHAO LOGO APOS A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SRA, JESSICA PARA UPA DE IGARASSU E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SERURGIADO CONFORME LAUDO MEDICO.

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

Fernando Salustiano da Silva Filho
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **BARTOLOMEU BELTRAO DE FARIAS FILHO** - Matrícula: **3847306**





491160

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE
REBOUÇAS - DP33ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0123001888

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/10/2018 às
11:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Polígio (Consumado) que
aconteceu no dia 22/10/2018 no período da Manhã

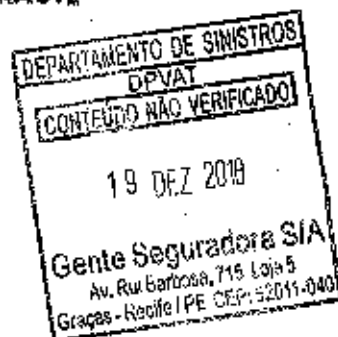
Fato ocorrido no endereço: BR - 101, FABRICA DE GESSO -
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE CENTRO
(BAIRRO), 61 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
THAIRO DIEGO ROCHA ALENCAR (OUTRO)
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
UM ELEMENTO DESCONHECIDO



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

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: ELIANE MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: FERNANDO SALUSTIANO DA
SILVA Data de Nascimento: 20/11/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
DESC Pai: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

THAIRO DIEGO ROCHA ALENCAR (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: DESC Pai: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): THAIRO DIEGO ROCHA
ALENCAR, que estava em posse do(a) Sr(a): FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA
FILHO

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

Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: 9000205 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9023002122R400233

UM VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): UM ELEMENTO DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): UM ELEMENTO DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR-101 QUANDO PROXIMO A FABRICA DE CESSO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM AO MESMO E LOGO EM SEGUIDA FREIOU EM SUA FRENTE CAUSANDO UMA COLISAO DO VEICULO COM A MOTOCICLETA COM A COLISAO A VITIMA PROSTOU-SE AO CHAO LOGO APÓS A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SRA. JESSICA PARA UPA DE IGARASSU E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS onde foi SERURGIADO CONFORME LAUDO MEDICO.

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

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: MARCELO LUIZ DOS SANTOS - Matrícula: 3811428



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

CPF da Vítima

086.706.014-00

Data do Acidente

18/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para o Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura 05 de Dezembro de 2018
Local e Data

Fernando Salustiano da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PA 24 HORAS - IGARASSU

Turno da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 07:25

Nome Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA SIC
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0029
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/09/2018 07:36 - 18/09/2018 07:37

KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Gravidade: URGENCIA - AMARELO

AMARELO

Queixa Principal: ESCORIAÇÕES PELO CORPO E IMPACTO MAIOR EM MÃO E. DEPOIS DA QUEDA DE MOTO.

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: + ESCALA DE GLASGOW: 15
- RÊGUA DE DOR: 5
- P.A. DISTOLICA: 61.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 117.00 MMHG



Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 07:37

Forma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

18.09.18 às 09:45, Paciente segue em remissão a LMA em poucos dias conforme autorização médica.


Dra. Ana Carolina Oliveira
COREN-PE 321380 - ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS _____ ☐ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IMI

Médico / Cromepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000038573-9

Nr. da Autenticação E051061F05867C39

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ELIANE MARIA DA CONCEICAO SILVA
CPF: 686.238.794-49 NIS: 16056262720

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DAS NINFAS 298
TIMBO/ABREU E LIMA
53520-090 ABREU E LIMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

19/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/11/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

038377087

CONTA CONTRATO

000273308024

Nº DO CLIENTE

2001572691

Nº DA INSTALAÇÃO

0000059568

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

56C3.D0E9.521F.C4DE.D809.C113.450E.2A38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18398925	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,31641014	13,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,10
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,31
TOTAL DA FATURA			20,16

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	20,16	0,74	0,14	20,16	3,44	0,69

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17629550
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30222809

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
NOV 18			72
OUT 18			33
SET 18			30
AGO 18			30
JUL 18			30
JUN 18			37
MAI 18			36
ABR 18			49
MAR 18			42
FEV 18			44
JAN 18			42
DEZ 17			47
NOV 17			30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	9,18	45,43
Transmissão	1,30	6,45
Distribuição (Celpe)	6,08	30,16
Encargos Setoriais	0,88	4,37
Tributos	0,83	4,12
Perdas de Energia	1,81	9,47
TOTAL	20,16	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003170732412	CAT	09/10/2018 478,00	09/11/2018 560,00	31	1,00000	0,00	72,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 12/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	CRUZ DE REBOUCAS	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
USD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,18					
*Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! karmella bolsas calçados e ac: av. brasil 33
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. 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%(Res414/ANEEL), Juros 1%(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 de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 21,88.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000273308024	11/2018	0,00	19/11/2018



04/12/2018 19:3



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000, Fone: (081) 0800 061 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201810103668667

Escritório: ABREU E LIMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000
RESPONSÁVEL: RONDREÇO PARA ENTREGA
GRUPO: 7
MAYÍCULA: 10366866.7 10/2018-9
OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10366866.7

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL 1	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 01/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 29/10/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /		

ÁGUA
LEIT. ANT.: 3 CONSUMO: 2
LEIT. ATUAL: 3
LEIT. FAT.: 3 HD PARADO
ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:
VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO	
09/2018	2/				
08/2018	0/				
07/2018	1/				
06/2018	0/				
05/2018	3/				
04/2018	3/				
MÉDIA	1/ 0				

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
TURBIDEZ	48	49	48
COR APARENTE	48	49	39
COLORO RESIDUAL	48	49	46
COLIFORMES TOTAIS	48	49	48
E. Coli	48	49	49

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLORO 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	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	41,30
COMERCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	60,75
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018		2,08
JUROS DE MORA 07/2018		1,00

PIS	102,05	1,65	1,68
COFINS	102,05	7,60	7,76

VENCIMENTO: 15/11/2018

TOTAL A PAGAR: 105,13

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/11/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 15/11/2018

CÓDIGO DE BARRAS

82840000001-7 05130018165-0 10366866701-0 10201890003-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 50011-000

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

TOTAL A PAGAR: 105,13

VIA COMPESA

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO inscrito (a)
no CPF sob o Nº 086.706.014-00, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.706.014-00
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, que a residência informada é a residência atual, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834



Abreu e Lima/PE 05 de Dezembro de 2018

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

PA 24 HORAS - IGARASSU

Turno da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 07:25

Nome Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA SIC
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0029
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/09/2018 07:36 - 18/09/2018 07:37

KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Gravidade: URGENCIA - AMARELO

AMARELO

Queixa Principal: ESCORIAÇÕES PELO CORPO E IMPACTO MAIOR EM MÃO E. DEPOIS DA QUEDA DE MOTO.

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: + ESCALA DE GLASGOW: 15
- RÊGUA DE DOR: 5
- P.A. DISTOLICA: 61.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 117.00 MMHG



Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 07:37

Forma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Hm

Atendimento: 1006991

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 18/09/2018 07:42

Paciente: 15083 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/11/1991 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA DAS NINFAS

220

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53520340

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

RG (Identidade): 8217245

SDS

Data de Emissão:

Fone: 35414491

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

SO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: pm PA: mmHg

DATA: / /

HORA 07:42

FIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

ACIDENTE DE TRABALHO DO MSE (PULSO E MÃO)
SEM OUTRAS LESÕES.

AME FÍSICO:

ODONTADO, FIDELIDADE

MSE = DDU + EDMA + FIDELIDADE DO S. Q. (B. S.)
ODONT. SOLTEIRO

DO M. FALSA DO S. M. T.

HÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

FURTO EXPOSTA DO S. M. T.

INDICAÇÃO DE EXAMES:

2x

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

ORIENTAÇÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) TENDINOPATIA	23	
2) LESÃO DE LIGAMENTO		
3) TENDINOPATIA PARA M. T.		

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

Local / Crenepo:

CAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Local / Crenepo:

Cabeço por meios próprios

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

18.09.18 às 09:45, Paciente segue em remissão a LMA em poucos dias conforme autorização médica.


Dra. Ana Carolina Oliveira
COREN-PE 321380 - ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS _____ ☐ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IMI

Médico / Cromepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 10:18

Nome Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Cód. Paciente: 12157
Data de Nascimento: 29/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0018
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 445149
SAME: 6412

Período: 18/09/2018 10:55 - 18/09/2018 10:57

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

FERIMENTO EM 5ª QDE HA 3 HORAS, APÓS RELATO DE QUEDA DE MOTO; NEGA DE PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITOS;
NEGA AHS, DM E ALERGIAS

Observação:

ENCAMINHADO UPA-IGARASSU COM SENHA 5515726

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM
- GLICOSE: 176.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim (x) Não ()

Local S. A. O. E.

..... Andrua

Enfermeiro

REVISADO
NEP! HMA



Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 10:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 445149

Senha da Classificação:

Data e Hora: 18/09/2018 10:21

0018

Paciente: 12157 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 29/11/1991 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: ELIANE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
 Endereço: NINFAS 298 Bairro: TIMBO
 Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Per + 2 gramas em mão (E) após queda 1 mês há 1
 3 horas. Não altera as atividades

Exame Físico

EBB conserta, orientado a seguir
 não (E) deformidade + edema; formoso e bem do 5º QDE,
 normalização da região tórax

Hipótese-Diagnóstico

de exposto L 5º MT (E)

Prescrição Médica

farmaco.

Miguel Arraes
 Médico
 CRM-PE 24369



Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2 - Nome do Paciente				6 - Nº Prontuário	
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO				12157	
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
0205422256324	29/11/1991	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe				12 - Telefone de Contato	
JANE MARIA DA CONCEICAO SILVA				8192387099	
Nome Responsável				14 - Telefone de Contato	
ENORADO				81-9238-7099/8830-4591	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
INFAS, 298 - TIMBO					
Município		17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
BREU E LIMA		260005	PE	53520090	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
TE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, HA +- 63 HORAS, APRESENTA DOR + SANGUEAMENTO EM MAO ESQUERDA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

21 - Condições que justifiquem a internação:
TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
ANAMNESE + EXAME FISICO + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO	S623	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado		28 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS		0408020377	
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	700402985385947
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA		18/09/2018	Manoel Oliveira Ferreira CRM-PE 24589

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 -) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 -) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 -) Acid. Trabalho Trajeto			
38 - Vínculo com a Previdência			
38 -) Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
CNS () CPF		
Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
	Dr. Wagner Athayde Médico Ortopedista CRM 14883-1/2017	

AIH
261810164108-9

Código do Laudo: 445149

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 18/09/2018
Hora.....: 22:36

Ficha de Cirurgia Descritiva

Classo de Cirurgia : 51937
Paciente : 12157

Convênio Atend. : 1

Leito : 777

Dt. Início : 18/09/2018 22:02

Pré-Operatório : S623

Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO EXTRA02

Dt. Fim : 18/09/2018 22:48

FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Atendimento : 445183

Carteira :

Idade : 25 Anos 20 Dias 22 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050462

Convênio: 001

Anestesia: 74

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS (PRINCIPAL

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

RGIAO

14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO E

CIRURGIA: LC + REDUÇÃO + FIXAÇÃO

CIRURGIÃO: DR KAUFFMAN

1º AUXÍLIO: DR CAIO

ANESTESIA: BLOQUEIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISAO DORSAL A NIVEL DO QUINTO META E
5. LIMPEZA COM SORO FISIOLÓGICO 5000ML
6. FIXAÇÃO CO 01 FIOS DE K
7. SUTURA COM NYLON 3.0
8. CURATIVO;

Atendidos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM : 14368



HOSPITAL
MIGUEL ARRÃES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RÉSUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO REG: 12157

IDADE: 26A SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 18/9/2018 DATA DA ALTA: 19/10

DIAGNÓSTICO: FALCIA EXPSTA 5º MET. CARPO 2º MÃO

TRATAMENTO REALIZADO:

Exatidão e precisão + Tratamento cirúrgico + fis K

ORIENTAÇÃO:

- com exames necessários
- manter talo MCE
- fisioterapia com fisioterapeuta em fisioterapia
- Atender mutantes ambulatório para Dr. Fábio Kautzman

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 445183

Usuário: ANDERSONSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Zidade: 26a 9m 20d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 29/11/1991
Profissão: R.G.: 8221233 C.P.F.: 298 - TIMBO Telefone: 81-9238-7099/8830-4591 CEP 53520090 - ABREU E LIMA - PE
Endereço: NINFAS

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 18/09/2018 13:27
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOREDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/09/18 Hora da Alta: 07 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: BOAS condições clínicas
Diagnóstico Principal.....: FO Proposta SEMTCE
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: CC + DL + Fio K

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT Médico e CRM:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Rua Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES para os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DATA/HORA	
18/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
11H	# ADMISSÃO
	PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, HÁ +- 03 HORAS, APRESENTA DOR + SANGUEAMENTO EM MÃO ESQUERDA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.
	AO EF: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO
	MÃO ESQ: DEFROMIDADE + EDEMA; FERIMENTO EM BASE 5º QDE; ESCORIAÇÃO EM REGIÃO TENAR.
	HD: FX EXPOSTA DE 5º MTC ESQ
	CD: INTERNAMENTO
	CEFAZOLINA + SAT/VAT
	AO BLOCO
	Monica Oliveira Ferreira Médico CRM-PE 24557
	lot = 2: Propilgama / Exposit Paciente evoluiu bem com dor controlada Admissional sobre exposto lot MCT: TALD Hospitalar Edm Silva monitorado em Unidade de

Manoel Oliveira Ferreira
Médico
CRM-PE 24557

$\frac{1}{f} = \frac{1}{u} + \frac{1}{v}$ Propagation of error
 $\Delta f = \Delta u + \Delta v + \Delta w$

Presente evoluntis pum mavis aut ois no
manentis.

Anterior to Epipharynx

MSA: 1A10 REPUBLIC

Die vier Stunden am Morgen sind die

(2) Chlorine two at one per hundred

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 445149 Prontuário: 12157 SAME: 6412 Hora Atend: 10:21 Data Atend: 18/09/2018
Paciente..... : FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO Idade: 26 a
Endereço..... : NINFAS
Bairro..... : TIMBO
Cidade..... : ABREU E LIMA UF.: PE CEP: 53520090
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 18/09/2018 Hora Saída : 13:26

Prestador da Evolução Médica: MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA

DIAGNOSTICO

SOLICITADO PELA ENFERMEIRA FERNANDA



MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA / 24589
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 445183

Dt Atendimento: 18/09/2018 - 13:27

Dt Alta: 19/09/2018 - 12:00

Paciente: 12157

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 777 VERMELHO EXTRA02

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: RAYANERB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

RAYANE RIBEIRO BELCHIO



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



UPA24h

UNIDADE DE PRONTATENDIMENTO

IGARASSU

GESTÃO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA

15726

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente:

PERNAMBUCO SANTOS DA SILVA

Idade:

26

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

IGARASSU

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passadoiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

IDA DA MÃE NA UPA (E) COM LESÃO NO
VÍTRIS DA BASE DO CRÂNIO

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA SE MTD (E)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Atuação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Fartura Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULARAbertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1**RESPOSTA VERBAL**Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1**RESPOSTA MOTORA**Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1TOTAL DE PONTOS ECG: 14Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE LeveSinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

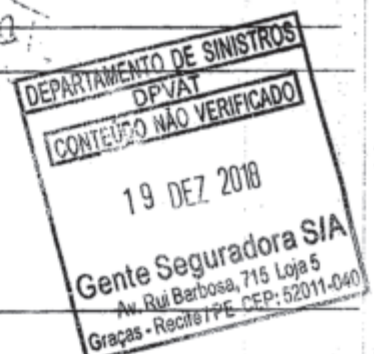
Outras Condutas: _____

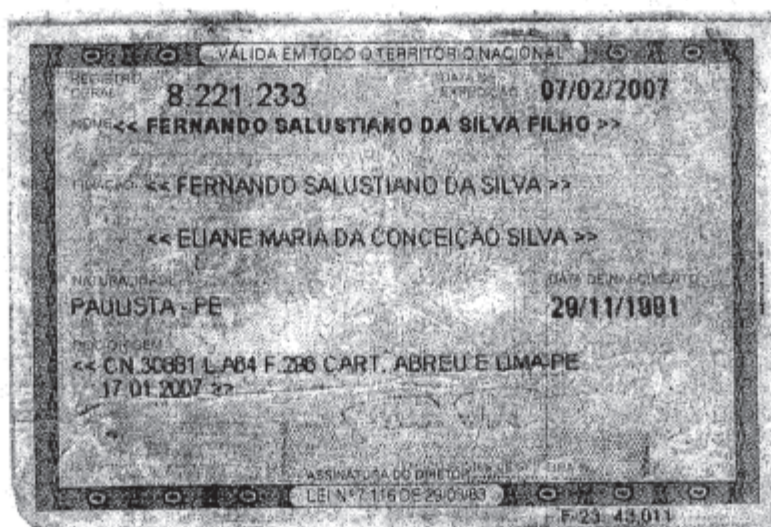
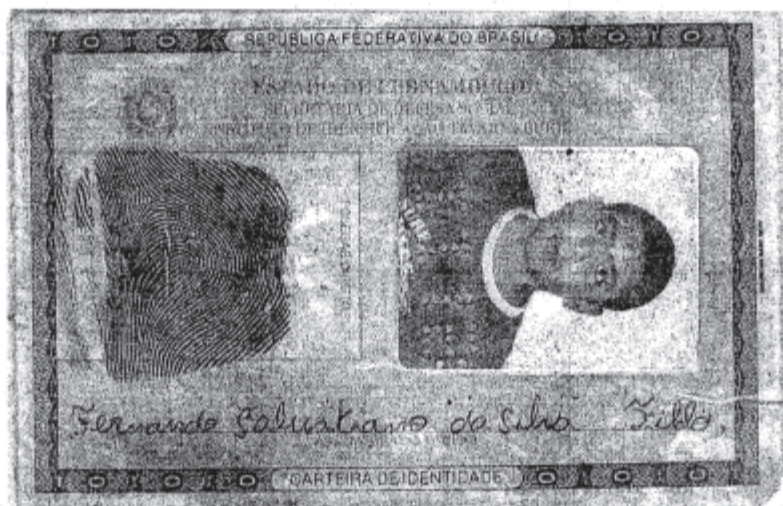
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**Hospital para onde foi encaminhado: HUGA

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: 08:30Local e data: 18/03/18Médico Assistente: Rodolfo Victor Lapenda





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **086.706.014-00**

Nome: **FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **29/11/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/01/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:28:28** do dia **04/12/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6FE4.7D02.10B3.432F**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURL

EC-3

POLEGAR DIREITO

Rosana Lúcia Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍCIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORIGIN << CC 26745 L47B F68 CART SEDE CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR *André*
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040