

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".

DECLARAÇÃO

Eu, FERNANDO SALVATIERRA 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 à 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:

Florianópolis / *SC* / *Brasil*

Data:

05/12/2018



Fernando Salvaterra da Silva Filho

Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO.

Profissão: VENDEDOR

Identidade: 8.221.233-SDS/PE CPF: 086.706.054-00

Endereço: RUA DAS NINFAS, nº 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 nº 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 Consorcio 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/Vitima

(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Alfreido Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Taberneiro / Rua Cel. Urbano Rebeiro de Sena, nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.520-200 - Fones: (81) 3542-1381/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO, Abreu e Lima/PE, 03/12/2018 07:40:51, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 - TMB: R\$ 0,80 Total: 4,79.
RC-4-68247

Joelma Felix Cavalcanti - Escrivente
Selo digital: 0150607.LID09201801-01626

consulte autenticidade em www.tabelionatoabreuelima.com.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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 NINFAS	Número 288	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE
Email falliniusip@hotmail.com	CEP 53.520-090	Telefone (DDD) (81)98721-5834
		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

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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	CONTAS NRO. 00038573	D/V 9
(Informar dígito se existir)		

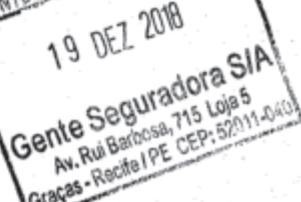
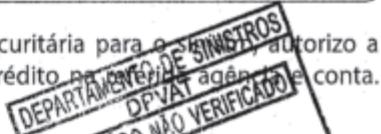
CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------	----------------------	----------------------

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTAS NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(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 **conta corrente** da minha conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Abreu e Lima 06 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 - DP33ºCIRC
 DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0123002197**

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

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, FÁBRICA 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 DSCONHECIDO (AUTOR, AGENTE)
 THIAGO DIEGO ROCHA ALENCAR (OUTRO)
 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (VITIMA)

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 DSCONHECIDO

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

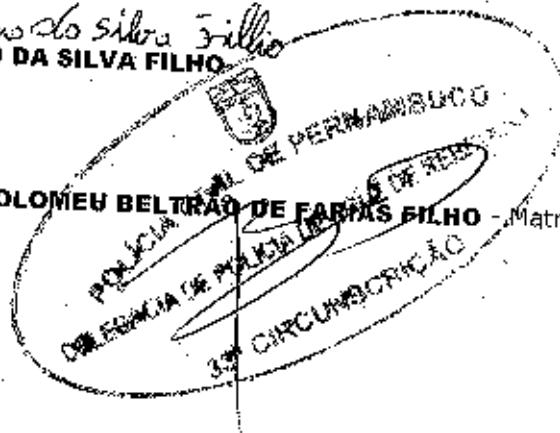
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR-101 QUANDO PROXIMO A FABRICA DE GESSO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM AO MESMO E LOGO EM SEGUIDA FREIOU EM SUA FRETE 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 ARRAES ONDE FOI SERURIADO 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** - Matricula: **3847306**



491160

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 033^ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE
REBOUÇAS - DP33^ªCIRC DIM/8^ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N^º 18E0123001888

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(a) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(s) Sr(a):
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(s) 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: 28/11/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL

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

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

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

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

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/inforpol/xml/BO_EPreview.html

Car. VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PWB-0298 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 90238802198R428333

UM VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a); **UM ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a); **UM ELEMENTO DESCONHECIDO**
 Categoría/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/MONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
 Car. VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR-101 QUANDO PRÓXIMO A FÁBRICA DE GESSO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM AO MESMO E LOGO EM SEGUIDA FREVOU EM SUA FRENTE CAUSANDO UMA COLISÃO DO VEÍCULO A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SRA. JESSICA PARA UPA DE IGARASSU E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRABES ONDE FOI SERVIMENTO CONFORME LAUDO MÉDICO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial:
Fernando Salustiano da Silva

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
 (VITIMA)

B.O. registrado por *LUIZ EDUARDO LUIZ DOS SANTOS* - Matrícula: 3511426



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 interditada 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 DPVAT, para o pagamento de indenização do 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.



Abriu o laudo 05 de Dezembro de 2018
Local e Data

Fernando Salustiano da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

A 24 HORAS - IGARASSU

Turno da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 07:25

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

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

Localizado: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Sintoma Principal: ESCORIAÇÕES PELO CORPO E IMPACTO MAIOR EM MAO E. DEPOIS DA QUEDA DE MOTO.

Sintoma Secundário: ACIDENTE DE MOTO.

Sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dados Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW: 15
- RÉGUA 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



DIALETO PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Identificação: 1006991

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

Senha da Classificação:

0029

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

Estado/UF: ABREU E LIMA

PE Cep: 53520340

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

RG (Identidade): 8217245

SDS

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 35414491

CRN (Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRN:

SOS: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ bpm PA: _____ mmhg

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: 07:50 AM

IXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

AVIDÊNCIA DE HÓTEIS NA TROMBOSA DO M.S. | PUNHO E MÃO
SEM OUTRAS SINTOMAS.

ANEXO FÍSICO: ODIARIO ADD FIDELIS

M.S. = DOR + EDema + FERIMENTO. → SE QUER, (M.S.)

ODIARIO SABESP/AT

DE W1 FORTALEZA DO SINTO

HÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

FUTUM FUSÍA DO SINTO ✓

INDICAÇÃO DE EXAMES:

2k

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

ODIGRIN-LIV

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) TEPATIJA 29/10

2) TEPATIJA (TAM GUSSET)

3) TEPATIJA P/PA 10/11

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

Atenc / Cremepo:

CAMINHADÔ: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Atenc / Cremepo:

cibero 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 remessa ao HMA em órdenes prontas conforme autorização médica.


Dra. Ana Carolina Oliveira
COREN-PE 32130 - ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: Melhorada Com Atestado Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS ____/____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

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. JÓAO 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	DATA DE VENCIMENTO 19/11/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2018	CONTA CONTRATO 000273308024
ELIANE MARIA DA CONCEICAO SILVA CPF: 686.238.794-49 NIS: 16055262720	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2018	Nº DO CLIENTE 2001572891
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		NÚMERO DA NOTA FISCAL 038377087	Nº DA INSTALAÇÃO 000069568
RUA DAS NINFAS 298 TIMBO/ABREU E LIMA 63520-090 ABREU E LIMA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
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.eletrobras.com.br.	RESERVADO AO FISCO 56C3.D0E9.521F.C4DE.D809.C113.450E.2A38		

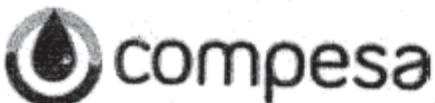
DESCRICAO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
		MÍNIMO	MÁXIMO
Pague no ponto mais perto de você! karmella bolsas calcados e ac: av. brasil 33		220	202
Na data da leitura a bandeira em vigor é Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br .			231
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.			
Pago, em atraso gera multa 2% (Reajuste ANEEL), Juros 1% a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês			
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.			
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 21,88 .			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

卷之三

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	DEPARTAMENTO DE CONTROLE DA PROVA Evite de brancos, perfurar ou rasurar.
000273308024	11/2018	0,00	19/11/2018	





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

MATRÍCULA: 10366866.7 10/2018-9

GRUPO: 7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10366866.7

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
			1	1	INDUSTRIAL
HIDEÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 01/10/2018		DATA LEIT. ATUAL 29/10/2018		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /
ÁGUA	CONSUMO: 2		ESGOTO		
LEIT. ANT.: 3			LEIT. ANT.:		VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 3			LEIT. ATUAL:		
LEIT. PAT.: 3	HD PARADO		LEIT. PAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO					
09/2018 2/	A				
08/2018 0/	A				
07/2018 1/	A				
06/2018 0/	A				
05/2018 3/	A				
04/2018 3/	A				
MÉDIA 1/ 0	A				

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	48	49	48
COR APARENTE	48	49	39
CLORO 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 CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS
AGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	1 M3	41,30
COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	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

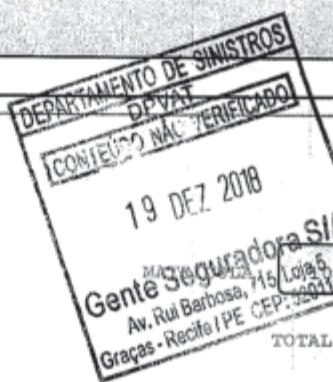


ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 15/11/2018

CÓDIGO DE BARRAS

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



Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

10/2018-9

TOTAL A PAGAR: 105,13

VIA COMPESA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/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.

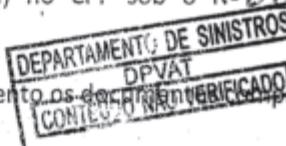
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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.

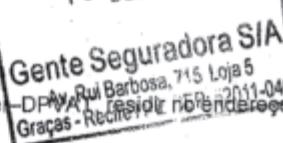
Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **FERNANDO SALUSTINO DA SILVA** inscrito (a)
 no CPF sob o Nº **086.706.014-00**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima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



Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço abaixo, 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	

Abriu edeu Pó. 05 de Dezembro de 2018

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante

A 24 HORAS - IGARASSU

Turno da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 07:25

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

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

Localizado: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Sintoma Principal: ESCORIAÇÕES PELO CORPO E IMPACTO MAIOR EM MAO E. DEPOIS DA QUEDA DE MOTO.

Sintoma Secundário: ACIDENTE DE MOTO.

Sintoma: TRAUMA

Exame ou Exames: - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Setor: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dados Fisiológicos:

- ESCALA DE GLASGOW: 15
- RÉGUA 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



DIALETO PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Identificação: 1006991

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

Senha da Classificação:

0029

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

Estado/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):

UNIVERSITAT
DE MÉDICO

SO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ bpm PA: _____ mmhg
 DATA: _____ / _____ / _____ HORA: 07:50 AM

IXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

AVOIDÊNCIA DE HÓTEIS NA TRAJADA DO M.S.E | PONTO FÍSICO
SEM OUTRAS SINTOMAS.

ANEXO FÍSICO: O DIA FÍSICO FIZONHOUS

M.S.E = DOR + EDEMA + FERIMENTO. NO SE QUASE SEMPRE
O DIA FÍSICO SABERIA

DE VER FORTALEZA DO SINTOMA

HÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

FUTUM FUSÍA DO SINTOMA

✓ 0029

INDICAÇÃO DE EXAMES:

2k

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

OCIRINELIV

HORÁRIO

1) TEPATIJA 29/10

PREScrição MÉDICA:

2.) TEPATIJA 29/10

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

3.) TEPATIJA 29/10

Atenc / Cremepo:

Caminhão: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Atenc / Cremepo:

CIBERO POR PRECOS PROJETOS

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 remessa ao HMA em órdenes prontas conforme autorização médica.


Dra. Ana Carolina Oliveira
COREN-PE 32130 - ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: Melhorada Com Atestado Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS ____ ATESTADO DE ÓBITO SVO IML

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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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

EMERGÊNCIA VERMELHO

Prioridade: VERMELHO

Cor:

Queixa Principal: FERIMENTO EM 5º 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

Exame/Exame 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 OXIGÉNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim (x) Não ()

Local 5º Andar

Andrea

Enfermeiro

REVISADO
NEP: MTA



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

Data Impressão: 18/09/2018 10:57

Atendimento: 445149

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

Senha da Classificação:

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 CONCEIÇÃO 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: HANESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Pior engamento na mão (L) após queda 1 mês há t
3 horas. Nega alterações na articulação*

Exame Físico

*EEG consagra, operado com
mão (L) - Reformatado e retomado; formando e latido do S-001,
grau de lesão na região flexor*

Hipótese-Diagnóstico

exposta de S-177000

Prescrição Médica

*fermamed.**Márcio Oliveira Ferreira
Médico
CRM-PE 24069***DEPARTAMENTO DE SINISTROS**
DRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

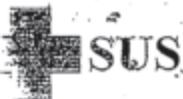
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha: _____

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	<i>AK 445183</i>	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Nome do Paciente FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO	8 - Nº Prontuário 12157			
Cartão Nacional do SUS 20205422255324	B - Data de Nascimento 29/11/1991	B - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Parda	10,1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
- Nome da Mãe JANE MARIA DA CONCEICAO SILVA	12 - Telefone de Contato 8192387099			
- Nome Responsável ENORADO	14 - Telefone de Contato 81-9238-7099/8830-4591			
- Endereço (Rua, N°, Bairro) INFAS, 298 - TIMBO	17 - IBGE 260005	18 - UF PÉ	19 - CEP 53520090	
- Município BREU E LIMA				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
TE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, HA +/- 03 HORAS, APRESENTA DOR + SANGEAMENTO EM MAO ESQUERDA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

21 - Condições que Justificam a Internação RATAMENTO CIRURGICO	
--	--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

7 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	28 - Código do Procedimento 0408020377		
11 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 700402985385947
12 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA	34 - Data da Solicitação 18/09/2018	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	<i>Manoel Oliveira Ferreira CRM PE 2A589 24589</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

13 - Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
14 - Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
15 - Acid. Trabalho Trajeto			

16 - Vínculo com a Previdência

<input checked="" type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado
---	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

AUTORIZAÇÃO

5 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
--------------------------------------	--	---

48 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

*D. Fagner Althayde
Médico Ortopedista
CRM PE 2A583 - TE012261*

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

Protocolo de Cirurgia : 51937
Paciente : 12157
Convênio Atend. : 1
Leito : 777
Dt. Início : 18/09/2018 22:02 Dt. Fim : 18/09/2018 22:48
Pré-Operatório : S623.
Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
SUS - INTERNACAO
VERMELHO EXTRA02
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Atendimento : 445183
Carteira :
Idade : 26 Anos 20 Dias 22 Horas

Procedimento: 0408050462
Convênio: 001
Anestesia: 74

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO E
CIRURGIA: LC + REDUÇÃO + FIXAÇÃO
CIRURGIA: DR KAUFFMAN
° AUXÍLIO: DR CAIO
ANESTESIA: BLOQUEIO

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

Itens Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM : 14368



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RÉSUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO REG: 12157

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

DIAGNÓSTICO: FALUSAS EXPOSTA 5º MET. CORPO ESENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

Linfato celíaco + Cetimolol + Fio K

ORIENTAÇÃO:

- Cônstrictor higiênico
- Cinchita tale MCE
- Fármacos tornar higiênicos no bichu
- Aconselhar nutrição ambulatorial para Dr. Fabrício Kortüm

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 445183

Usuário: ANDERSONSC

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Idade: 26a 9m 20d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 12157
Profissão: C.P.F.: 298 Data de Nascimento: 29/11/1991
R.G.: 8221233 ,298 - TIMBO - 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
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

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.....: Fu Ruptura S0-MTC E 01/10/18
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: CC + DL + Fio K



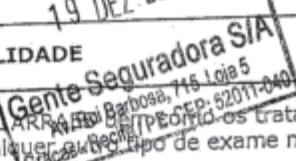
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES, nº 715, Centro, CEP: 52011-000, para a realização de procedimentos cirúrgicos, anestesias, 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.

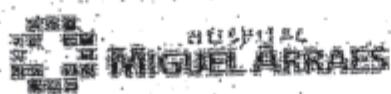
Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO REG: 12157

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
18/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
11H	# ADMISSÃO
	PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, HÁ +- 03 HORAS, APRESENTA DOR + SANGEAMENTO 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
	<i>Mondal Oliveira Ferreira Médico CRM PE 24507</i>
	<i>Sete dias: Ortoplastia fr exposta de mtc Bloco: Lc = dt + fca</i>
	<i>Praticou exame 30 min. horas anteriores. Mamografia.</i>
	<i>Procedimento: Tórax toracoplastia tot MST: TAPD intercostal. Edema gástrico hospitalar (em mililitros) ameaça vida.</i>
	<i>30 dias para fatores de risco: 1000 ml</i>

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 / 24589

DIAGNOSTICO
SOLICITADO PELA ENFERMEIRA FERNANDA



MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA / 24589
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Atendimento: 445183

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

Paciente: 12157 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

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

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

Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Aviolência () Causa Clínica: () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA: 515726
 Em caso de violência/accidente: Via Pública () Doméstico () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: **Pereira dos Santos** IDENTIFICAÇÃO: **DA 515726** Idade: **26**
 Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () 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 Peçonhetos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Quada: () 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: **TDAH MA MIGR (F) 04 16549 1070**

INTUSA MA DASSO DE SE SODE

Hipótese Diagnóstica: **Fav FAVISTY SE MIG (F)**

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 ()
 Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
 Perfusion Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardiacas: Normofônéticas () Hipofônéticas ()
 Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
 Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

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

FC: RN 120-160
< 1 año 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 OCULAR

Abertura 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	1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocôricas () Anisocôricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

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()

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

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

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

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

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

Oxigênioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido: _____

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

Outras Condutas: _____

Entubação Orotraqueal: S() N()

Intercorrências: _____

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA



CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Medico Regulador: _____

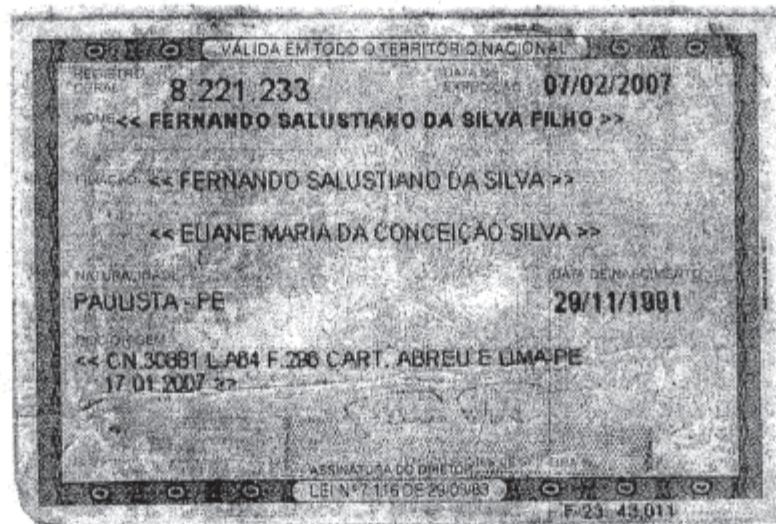
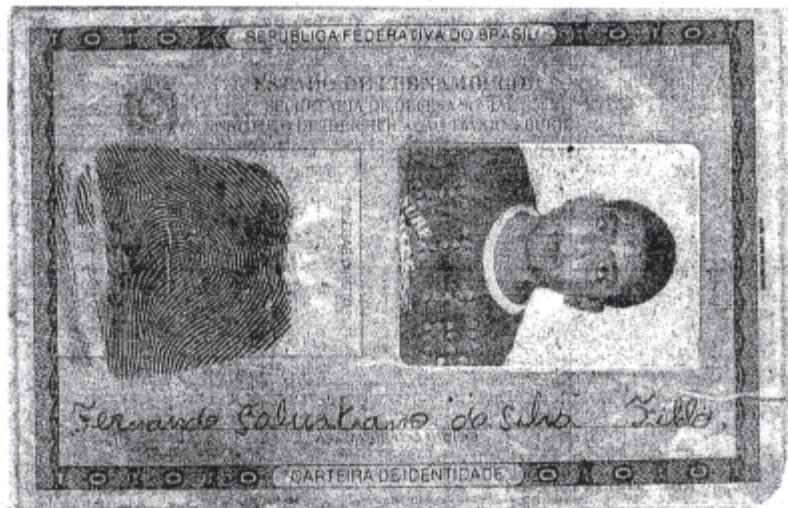
Horas: 06:00

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Local e data

Médico Assistente

CRM: 2981
Bacharel em Medicina e Cirurgia
Bacharel em Enfermagem





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**

Dígito 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.)





REGISTRO GERAL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
HOME		7.742.986
FILIAÇÃO		DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017
<< ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>		
<< SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>		
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>		
NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB		DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973
DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>		
CPF 884.647.684-00		
ASSINATURA DO DIRETOR: <i>[Signature]</i> - Presidente da República - INSS LEI Nº 7.116 DE 29/06/83		

