



Número: **0006321-53.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado                               |                |
|--------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|
| FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (AUTOR)       |                    | ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)                       |                |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)             |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                  |                |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) |                    |                                                             |                |
| Documentos                                       |                    |                                                             |                |
| Id.                                              | Data da Assinatura | Documento                                                   | Tipo           |
| 57003043                                         | 27/01/2020 17:33   | <a href="#">2585603_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

**Processo:** 00063215320198172001

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0006321-53.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (AUTOR)       |                    | ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)      |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)             |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |                    |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                       |                    |                                            |                    |
| Id.                                              | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 57003044                                         | 27/01/2020 17:33   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |

# DEMENTIA

Nº 014356292371

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO**

|     |              |       |           |
|-----|--------------|-------|-----------|
| VIA | COD. RENAVAM | ENTRO | EXERCICIO |
| 1   | 5267183      | ***** | 2010      |

FERNANDO COSTA NOVA SILVA FILHO

ARREUR

**PIAFA**

085-706

PLACANT/UE  
CLASSI

COMBUSTIBLE  
FACILITY

MARCA/MODELO

HONDA FC 100

-AND FAB

2015

- AND MGE

2002

**CAP/POT/CIL**

~~RECEIVED~~

**CATEGORIA**

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

**COTA ÚNICA**

**-VENC COTA UNICA**

## VENC/COTAS

1 TPVA F218 GUAYADO

但亦非此意也

**FACIA PRIVA**

## PARCELAMENTO/COTAS

\*\*\*\*\*

## PREMIOTARIATO (RS)

**1000**

**PRELIMINARY**

**DATA DE PAGAMENTO**

BEGUPO PASO

10

## OBSERVAÇÕES

# SEMEEFVA

DE SINISTROS

100-443887-100

RECEIVED - MAY 1968

2018

1990

10-11-1964

DATA

10/11/11



## 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:



## 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.

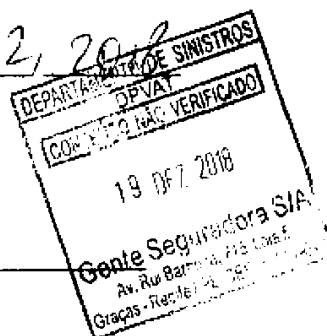
Local: Itapicuru

UF: PA

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:



## 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 seqüela

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: 096.706.014-00

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 Lider (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.



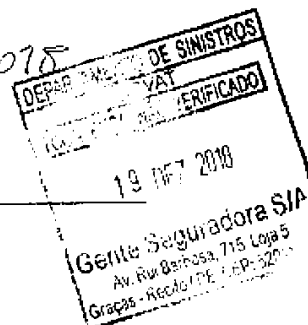
ABREU E LIMA 03/12/2018

Local e data

Fernando Salustiano da Silva Filho

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)

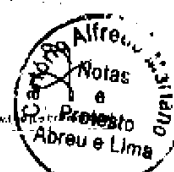


**Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO**  
BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião - Rua Cel. Urbano Achcar de Sá, Nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE  
Cep. 53.520-200 - Fones: (51) 3542 4301/3541-0572 - cartorio@alfredomariano.com.br

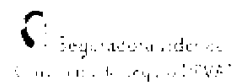
Recebi em nome do BENEFICIÁRIO e VÍTIMA de FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO, a procuração nº 03/12/2018, outorgada por Rossana Ligia Fernandes Dantas, para dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, 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.

Assinatura do Tabelião - Representante  
Selo digital: 01560A114020000056072255

consulte autenticidade em: www...



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458350/18

**Vítima:** FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

**CPF:** 086.706.014-00

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2018

**Titular do CPF:** FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO

### 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](http://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](http://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

Carta nº 13753131





**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: IMBÓ Cidade: ABREJE LIMA Estado: PE CEP: 53.520-090  
E-mail: galliusip@brturimail.com 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**

☐ RECURSO 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\$ 70.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (344)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (041)

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 00038573  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

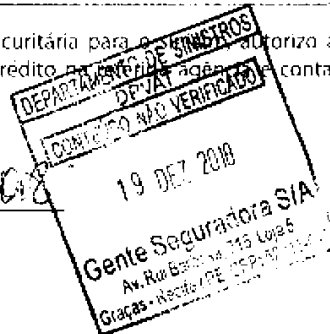
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na conta informada. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Abreu e Lúcia de 2018  
Local e Data

Fernando Salustiano da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE.001 V001/2017







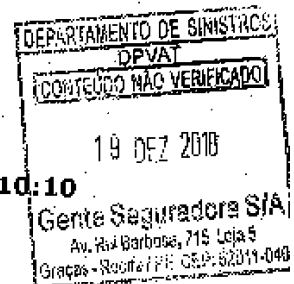
0458350/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA 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

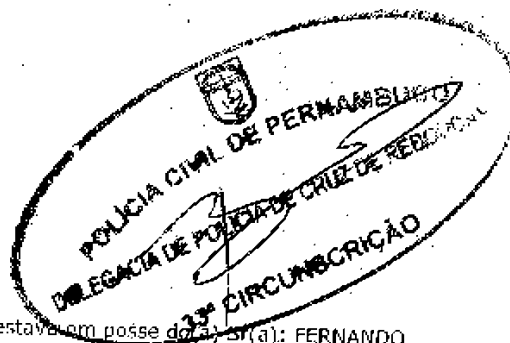
Fato ocorrido no endereço: **BR - 101, FABRICA DE GESSO - IGARASSU/PERNAMBUCO**  
/BRASIL Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1 - Bairro: CENTRO -**  
**IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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:

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

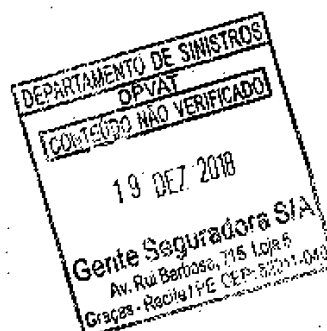
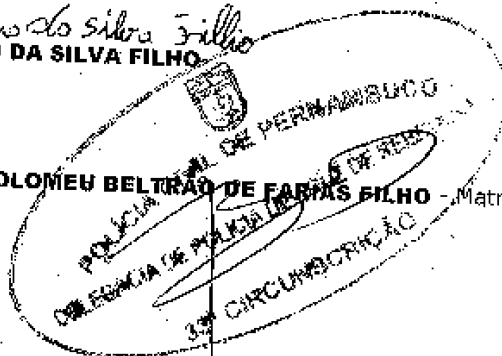
Complemento / Observação

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 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  
POLÍCIA 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 - Delito (Consumado) que  
aconteceu no dia 22/10/2018 no período da Manhã**

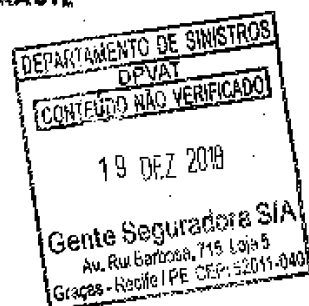
Fato ocorrido no endereço: BR - 101, FABRICA DE GESSO -  
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE CENTRO  
(BAIRRO), 61 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

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: 29/11/1981 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**

Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto  
rendido: NS



Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: P000208 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 30230002100R4000133

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: AUTOMOVEIL/MONDA/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 GESSO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM AO MESMO E LOGO EM SEQUIDA 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 SEQUIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS ONDE FOI SUBMETIDO 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: *MARTINHO LUIZ DOS SANTOS* - Matrícula: 3811426



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, uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

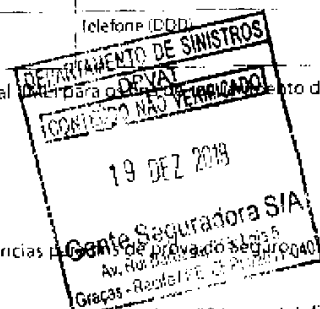
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para o 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 discordar do seu conteúdo.



Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior de 2018  
Local e Data

Fernando Salustiano da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLC0: V001/2017



## ÀS 24 HORAS - IGARASSU

Unidade da Classificação de Risco: Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

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

Nome Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA SIO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0029  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

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

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

Classificação: URGENCIA - AMARELO

AMARELO

Síntese Principal: ESCORREGÕES PELO CORPO E IMPACTO MAIOR EM MÃO E DEPOIS DA QUEDA DE MOTO.

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Programa sintoma: TRAUMA

Principais queixas: SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- ESCALA DE GLASGOW: 15  
- REGUA DE DOR: 6  
- P.A. DISTOLICA: 61.00 MMHG  
- P.A. SISTOLICA: 117.00 MMHG



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

Data Impressão: 18/09/2018 07:37

Carta de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



24h

UPA IGARASSU - IGARASSU



PRONTO ATENDIMENTO

Número: 1006991

Senha da Classificação:

0029

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

Idade: 15083 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/11/1981 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 NÉFAS

220

Bairro: TIMBO

Estado: UF: ACRETO E LVA

PE

Cep: 63520340

Usuário Atendimento: ROSALIA SL

Identidade: 8217245

SSS

Data de Emissão:

Fone: 35414451

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

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

DATA:

HORA: 07:42

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / DURAÇÃO / PRINCIPAL

ANOTANDO DE HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / PRINCIPAL E DURAÇÃO

SEM OUTRAS DOENÇAS.

ANÁLISE FÍSICA:

ODONTOLÓGICA, FISIOLÓGICA

HSE = DOU + EDMA + FEMINIL DO S. G. (HSE)

ODONTOLÓGICA

DOU DO FEMINIL DO S. G.

HISTÓRIA (S) DIAGNÓSTICA (S):

PRINCIPAL EXPOSTA DO S. G.

INDICAÇÃO DE EXAMES:

2x

Antônio Victor Lapenda

Ortopedia - Traumatologia

CRM 20042

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

- 1) Exame físico
- 2) Exame físico
- 3) Exame físico

Antônio Victor Lapenda

Ortopedia - Traumatologia

CRM 20042

Sala / Corredor:

CAMINHADO:

Ampliatório

Sala Verde

Sala Amarela

Sala Vermelha

Sala / Corredor:

Cibero por meios próprios

Antônio Victor Lapenda

Ortopedia - Traumatologia

CRM 20042



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COEN)

18.09.18 às 09:45 Paciente chegou em emergência com HMA em ambos membros inferiores conforme autorização médica.

Dr. Antônio Carlos de Mello Junior  
COREN-PE 321300 - ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_

☐ ÓBITO Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_ ( ) ATESTADO DE ÓBITO ( ) SVO ( ) IMI

Médico / Cromop:

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







**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 0221234 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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:

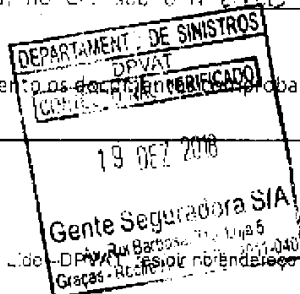
☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, anexar 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 <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b> | Número <b>200</b>                              | Complemento <b>CASA</b>                       |
| Bairro <b>TIMBÓ</b>                    | Cidade <b>ABREU E LIMA</b>                     | Estado <b>PE</b>                              |
| CEP <b>53520170</b>                    |                                                |                                               |
| Email <b>balbinospe@hotmail.com</b>    | Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0369</b> | Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b> |



*Abreu e Lima/PE 05 de Dezembro de 2018*

*[Assinatura]*  
Assinatura do Declarante



## ÀS 24 HORAS - IGARASSU

Unidade da Classificação de Risco: Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

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

Nome Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA SIO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0029  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

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

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

Classificação: URGENCIA - AMARELO

AMARELO

Síntese Principal: ESCOR AÇÕES PELO CORPO E IMPACTO MAIOR EM MÃO E DEPOIS DA QUEDA DE MOTO.

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Programa sintoma: TRAUMA

Crônica(s): SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- ESCALA DE GLASGOW: 15  
- REGUA DE DOR: 6  
- P.A. DISTOLICA: 61.00 MMHG  
- P.A. SISTOLICA: 117.00 MMHG



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

Data Impressão: 18/09/2018 07:37

Carta de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



24h

UPA IGARASSU - IGARASSU



PRONTO ATENDIMENTO

Número: 1006991

Senha da Classificação:

0029

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

Idade: 15083 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/11/1981 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 NÉFAS

220

Bairro: TIMBO

Estado: UF: ACRETO E LVA

PE

Cep: 63520340

Usuário Atendimento: ROSALIA SL

Identidade: 8217245

SSS

Data de Emissão:

Fone: 35414451

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

CPF (Certidão de Registro de Nascimento):

Data de Emissão CRN:

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

DATA:

HORA: 07:42

SINAIS PRINCIPAIS / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ANOTANDO DE HTO DA TENDONIA DO MUSE (RUHA E HTO)  
 SEM OUTRAS LESOES.

ANAMNESE:

ODONTOLÓGICO, FISIOLÓGICO

HSE = DOU + EDMA + FEMINIL DO S. G. (HSE)  
 ODONTOLÓGICO SILVEIRA

DOU DA TENDONIA DO S. G. HTO

HISTÓRIAS (S) DIAGNÓSTICA (S):

RUA DA TENDONIA DO S. G. HTO

INDICAÇÃO DE EXAMES:

2x

Antônio Victor Lapenda  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 20042

ORÇAMENTO  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) TENDONIA DO S. G. HTO

2) TENDONIA DO S. G. HTO

3) TENDONIA DO S. G. HTO

Antônio Victor Lapenda  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 20042

Sala / Corredor:

CAMINHADO:

( ) Ambulatório

( ) Sala Verde

( ) Sala Amarela

( ) Sala Vermelha

Sala / Corredor:

Cibero por meios próprios

Antônio Victor Lapenda  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 20042



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COEN)

18.09.18 às 09:45 Paciente chegou em emergência em HMA em melhores condições conforme autorização médica.

Dr. Antônio Cordeiro de Mello Junior  
COREN-PE 321305 - ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_

☐ ÓBITO Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_ ( ) ATESTADO DE ÓBITO ( ) SVO ( ) IMI

Médico / Cromop:

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 METROPOL NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

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

Urgência: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: FERIMENTO EM 5ª QDE HA 3 HORAS, APÓS RELATO DE QUEDA DE MOTO; NEGA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS; NEGA AHS, DM, EALERGIAS

Preservação: ENCAMINHADO UPA-IGARASSU COM SENHA 5515726

Programa 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: 5ª QDE

Assinado por: Andra  
Enfermeiro

REVISADO  
NEPLA



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

Data Impressão: 18/09/2018 10:57

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAX

Atendimento: 445149

Senha da Classificação:

0018

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

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: T.MBO

Cidade/UF: ABOREU E LIMA PE Usuário Atendimento: HANNESSAKCOA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Doi + Engrasamento no mao (E) após queda e moto bike +  
7 horas. Não alergia a amoxicilina

Exame Físico

Doi constante, orientado, sem sinais de trauma;  
doe (E) deformidade e edema; ferimento e - fer do 5º DPE;  
sensação de aperto no dor

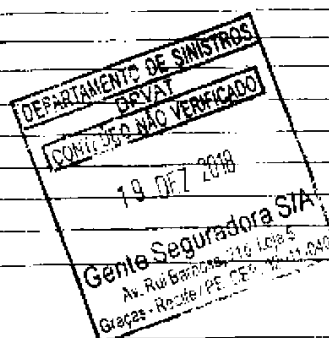
Hipótese Diagnóstica

doe do 5º DPE (E)

Prescrição Médica

Amoxicilina

Modelo Uniflex For  
125 mg  
CRM PE 24669



Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) 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 | 6431559 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 4 - CNES | 6431559 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                    |                          |                                                                                 |               |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nome do Paciente                   |                          | 8 - Nº Prontuário                                                               |               |
| FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO |                          | 12157                                                                           |               |
| Cartão Nacional de SUS             | 8 - Data de Nascimento   | 9 - Sexo                                                                        | 10 - Raça/Cor |
| 10205422260324                     | 29/11/1991               | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | 03 - Preta    |
| Nome da Mãe                        | 10.1 - Final             |                                                                                 |               |
| NE ME MAR A DA CONCEICAO SILVA     | DOCC - Não Se Aplica     |                                                                                 |               |
| Nome Residência                    | 12 - Telefone de Contato |                                                                                 |               |
|                                    | 8192387099               |                                                                                 |               |
| ENDEREÇO                           |                          | 14 - Telefone de Contato                                                        |               |
| - Rua/Av. (Rua, Av, Bairro)        |                          | 81-5238-7099/8830-4591                                                          |               |
| INFAS, 358 - TIMBO                 |                          |                                                                                 |               |
| Município                          |                          | 17 - IBGE                                                                       | 18 - UF       |
| BREJO ELIMIA                       |                          | 260005                                                                          | PE            |
|                                    |                          | 19 - CEP                                                                        | 53520090      |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Sinais vitais e Sinais Clínicos  
2 - Evolução de Doença de Morte, HA + 03 HORAS, APRESENTA DOR + SANGRAMENTO EM MÃO ESQUERDA, NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

3 - Condições que Justificam a Internação  
4 - Tratamento Solicitado

5 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos  
6 - Exames + Exame Físico + RX

|                                      |                       |                        |                               |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 7 - Diagnóstico Principal / Código   | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO | S623                  | W199                   |                               |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                   |                              |                             |                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 8 - Descrição do Procedimento Solicitado                          |                              | 29 - Código do Procedimento |                                                                        |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS |                              | 0408020377                  |                                                                        |
| 9 - Especialidade                                                 | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento              | 32 - Nº do Documento (CNS/CIPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA                                                         | 2                            | (X) CNS ( ) CPF             | 700402985385947                                                        |
| 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<br>24580                                               |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                            |                      |                   |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|-----------|
| 13 - Atividade de Trabalho                                                                 | 36 - CNPJ Seguradora | 41 - Nº Bimestre  | 42 - Nome |
| 14 - Atividade Trabalho                                                                    | 43 - CNPJ Empresa    | 43 - CNAS Empresa | 44 - OSOR |
| 15 - Atividade Trabalho                                                                    |                      |                   |           |
| 16 - Situação da Previdência                                                               |                      |                   |           |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                      |                   |           |

## AUTORIZAÇÃO

|                                       |                                                             |                                                     |                                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 17 - Nome do Profissional Autorizador |                                                             | 47 - Cód. Órgão Emissor                             | 42 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) |
|                                       |                                                             | E260000001                                          |                                                       |
| 48 - Documento                        | 49 - Nº do Documento (CNS/CIPF) do Profissional Autorizador | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho) |                                                       |
| CNS ( ) CPF                           |                                                             | 261810164108-9                                      |                                                       |
| Data de Autorização                   | 52 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)         |                                                     |                                                       |
|                                       | 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**

Cód. de Cirurgia: 51937

Paciente: 12157

Convênio Alend: 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 EXTRAC2

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

FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Atendimento: 1445183

Carteira:

Idade: 26 Anos 20 Dias 22 Horas

**Procedimentos**

Procedimento: 0408060482

Convênio: 001

Anestesia: 74

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIAIS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

**Equipe Médica**

14383 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

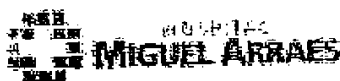
**Descrição****Descrição Cirúrgica:**DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO E  
CIRURGIA: 1.0 + REDUÇÃO + FIXAÇÃO  
CIRURGIÃO: DR KAUFFMAN  
1º AUXÍLIO: DR CAIO  
ANESTESIA: BLOQUEIO

1. PACIENTE EM DCH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
4. INCISÃO DORSAL A NÍVEL 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;

**Descrição Complementar****Atos Cirúrgicos:**DR(A): FABIO NEUMANN KAUFFMAN  
CRM: 14386

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





## RÉSUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO REG: 12157

IDADE: 76a SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 18/9/2018 DATA DA ALTA: 19/10

DIAGNÓSTICO: Falta Expecta 5º Met. corpo humano

### TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento realizado com medicação e fisioterapia.

### ORIENTAÇÃO:

→ Continuar com a medicação prescrita.  
→ Retornar ao trabalho quando sentir-se melhor.  
→ Manter-se hidratado e evitar exposição ao sol.

### 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** Prontuário: 12157  
Idade: 26a 9m 20d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 29/11/1991  
Profissão: Escolaridade: Telefone: 81-9238-7099/8830-4591 CEP: 53520090  
R.G.: 8771233 C.P.F.: 298 JIMRO ABREU G LIMA - PE  
Endereço: NINPAS

### Dados da Internação

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Data e Hora da Internação: 18/09/2018 13:27  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO EXTRA02  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

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

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/09/18 Hora da Alta: 17:00  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: boas condições gerais  
Diagnóstico Principal.....: Fratura 52 MTC E  
Diagnóstico Secundário01.:  
Diagnóstico Secundário02.:  
Procedimento.....: CC + DL + Fio K

REVISADO  
CCIH-HMA

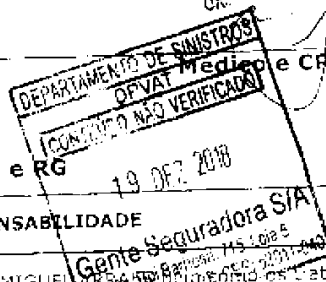
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES, para a realização dos tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesia, transfusão, 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





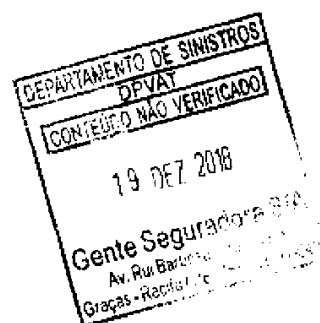
DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 445148      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  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA      UF.: PE      CEP: 53520000  
CID Principal..... :  
CID's Secundários.:  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO      Plano.: PLANO UNICO  
Data Saída..... : 18/09/2018      Hora Saída : 13:26

Prestador de Atendimento Médico: MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA

DIAGNOSTICO

SOLICITADO PELA ENFERMEIRA FERNANDA



MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA / 24589  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

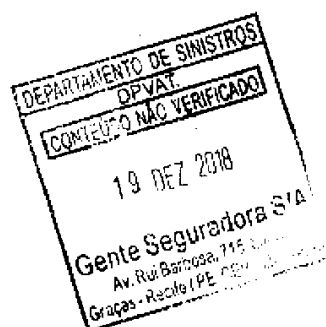


Atendimento: 445183  
Dt Atendimento: 18/09/2018 - 13:27  
Paciente: 12157 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO  
Dt Alta: 19/09/2018 - 12:00

Serviço: 13 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Leito: 777 VERMELHO EXTRAC2  
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA  
CID:  
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO  
Plano: 1 GERAL  
Usuário: RAYANERB

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 ARRAS DE ALENCAR



**UPA 24h**CENTRO DE PRONTATENDIMENTO  
MUNICÍPIO DE GARANHUNS

GESTÃO

**8**  
IMIP**Protocolo de Encaminhamento**

TIPO DE OCORRÊNCIA: ☒ Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica: ☒ Obstétrica ( ) Psiquiátrico ( )  
 Em caso de violência: ☒ Via Pública ( ) Doméstico ( ) Local de Trabalho ( )  
 SENHA: **5515726**

Nome do Paciente: **PEREIRA, SARAIVA DA SILVA** Idade: **20**  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)**

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passado ( ) 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/Supressão ( ) 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: ( ) Per. 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: **TRAUMA NA CABEÇA COM LESÃO MITO**  
**W/ FUSA NA BASE DO CRÂNIO**  
 Hipótese Diagnóstica: **FR FURTO SE HÍMEN**

**AValiação Clínica**

Glômbia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Trigem. Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
 Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) B.A.N.: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
 Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
 Taquicardia Palcomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
 Taquise 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 NEUROLOGICO**

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estimulo 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 Estimulo Doloroso 5  
Retirada ao Estimulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Decerebração 2  
Sem resposta motora 1**TOTAL DE PONTOS ECG:** 13Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais 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 Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

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

Hábito Alcolóico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

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

Lulô ( ) 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: 0,21

Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )

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

Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

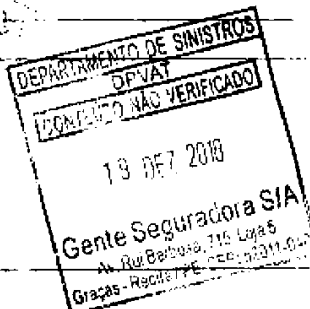
Outras Condutas: \_\_\_\_\_

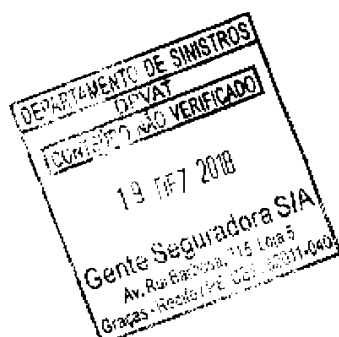
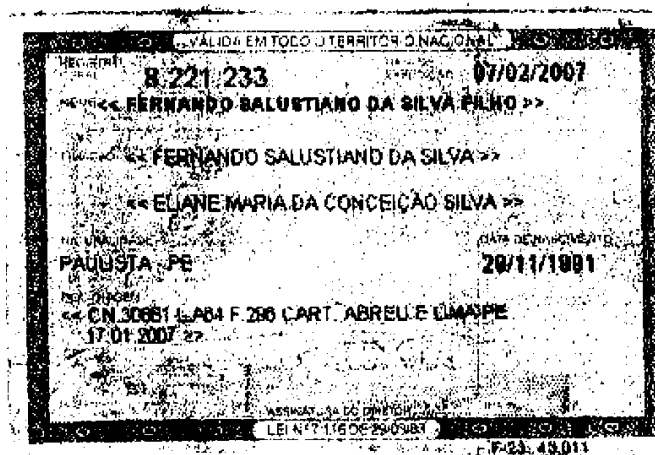
Intercorrências: \_\_\_\_\_

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

Médico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

Hora: 18:30Local e data: 18/03/18Médico Assistente: [Assinatura]





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.)

