

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

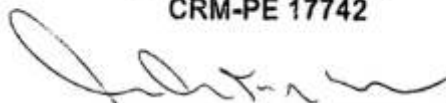
Nome do(a) Examinado(a): Jose Amaro da Silva Filho
Endereço do(a) Examinado(a): R Dr Jose Maria, 390
S Pedro Bezerras PE CEP: 55660-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 28055056
Data local do exame: [02/02/2016] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- Contusão de joelho direito e lesão corto contusa de mão esquerda.
Edema residual em joelho direito, com limitação de grau moderado na mobilidade articular, com deficit de força local.
Deficit de força residual da mão esquerda devido a retração cicatricial em 3 QDE, sem prejuízo na preensão.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- Tratado conservadoramente da lesão do joelho e com sutura da lesão da mão, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia.
Data da alta: Alta há cerca de 20 dias.
Tratamento com imobilização e analgesia para o joelho e sutura para a mão.
Complicações: Sem complicações.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- Limitação funcional de grau moderado do joelho direito e residual da mão esquerda.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| () "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
Joelho - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
Mão - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

**SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742**



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: 05/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.632,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AMARO DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000076812-2

Nr. da Autenticação 8C9C8F2C7154B2B0

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8437904

A/C: JOSE AMARO DA SILVA FILHO

Sinistro: 3160036876
Vitima: JOSE AMARO DA SILVA FILHO
Data Acidente: 27/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8497320

A/C: JOSE AMARO DA SILVA FILHO

Sinistro: 3160036876
Vítima: JOSE AMARO DA SILVA FILHO
Data Acidente: 27/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





SUS
Sistema
Único
de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS-PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BEZERROS-PE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



**SAMU
192**

IDENTIFICAÇÃO

Médico Regulador <i>Dr. Alexandre</i>	TARM	Operador de Frota <i>Franco</i>
Data <i>27/11/2015</i>	Hora <i>10:26</i>	ID
Nº Ocorrência <i>0132</i>	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA	Base da Unidade
Endereço <i>Via Local da BR 232</i>		
Bairro <i>S. Sebastião</i>	Município <i>Bezerros</i>	
Ponto de Referência <i>mot. a lampada eletrônica</i>		
Nome da Vítima <i>Amor da Silva Filho</i>	Idade <i>46</i>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Solicitante/Fone <i>Popular</i>	Cartão de Saúde do SUS	

Queixa *colisão moto c/ carro* ☐ Transferência:

☐ Apoio da QPM ☐ Médico Prestando Suporte a USB ☐ Liberação da USB da Unidade de Referência pelo Médico Regulador

☐ Socorrido por Terceiros
Declaro para devidos fins que quando a equipe do SAMU 192 chegou ao local, foi constatado que a/s vítima/as foi/foram socorrida/s por terceiros, nesta oportunidade assino:

CPF ou RG: _____ Assinatura: _____
CPF ou RG: _____ Assinatura: _____

Comunicação <i>10:25</i>	Saída da Base <i>10:26</i>	Chegada ao Local <i>10:30</i>	Saída do Local <i>10:34</i>	Chegada ao Destino <i>11:05</i>	Saída do Destino <i>11:13</i>	Chegada a Base <i>11:45</i>
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Tipo de Agravado:

☒ Acidente de Trânsito: *colisão*

<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor do Veículo <input type="checkbox"/> Condutor do Veículo	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Agressão
<input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Quase Afogamento	<input type="checkbox"/> Eletrocussão
<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Queda _____ Metros	<input type="checkbox"/> Genico-Obstétrico
<input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Elétrica	<input type="checkbox"/> Queda da Própria Altura	<input type="checkbox"/> Desabamento / Soterramento
	<input type="checkbox"/> Lesões Térmicas	<input type="checkbox"/> Outros:

Antecedentes:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Drogadição
<input type="checkbox"/> Alcolismo	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Doença Infecto Contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos:
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Doença Mental	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Outros:

Exame Clínico: Principais Sintomas/Queixas:

<input type="checkbox"/> Agitação / Agressividade	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input checked="" type="checkbox"/> Cefaléia: <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Ausência de Pulso	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Sangramento
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Vômito
<input type="checkbox"/> Inconsciente / Desmaio	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Hálito Etilico
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Náuseas
	<input checked="" type="checkbox"/> Dor Local: <i>MTD + MSL</i>	<input type="checkbox"/> Outros:

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não Sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Glasgow
Início: <i>10:30</i>	<i>140 x 90</i>	<i>99</i>	<i>22</i>	<i>37°C</i>	<i>—</i>	<i>95</i>	<i>15</i>
Fim: _____							

Respiração:

Vias Aéreas: ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco Aspiração

Respiração / Ventilação: ☒ Espontânea ☐ Parada Respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular

Ausculta: ☐ Normal ☐ Roncos / Sibilos ☐ Estrídores ☐ Diminuição MV ☐ Ausência MV

Expansibilidade: ☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

Circulação:

Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☒ Cheio ☐ Ausente

Pele: ☒ Normal ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Palidez ☐ Outros:

Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☒ Membros Inferiores ☐ Anasarca

Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente

Ausculta: ☐ Normal ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Outros:

ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não Realizado

**COMPROV. SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**

RECIB 14 JAN 2016



DOCUMENTO 3 13%

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS	MI
								E	D
Amputação									
Contusão		X						X	
Escoriação									X
Esmagamento									
Perfurante									
Contuso		X						X	
Fratura Fechada									X
Fratura Aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura %									

Observações: Vítima encontrada sentada em via pública, consciente, orientada, sangramento nítido por v. oblíqua. OK!

Exame Neurológico:

Sinais	E	D
Sinal de Battle		
Sinal de Guérin		
Otorrágia		
Otoliquorrágia		
Pupilas		
Midriase		
Miose		
<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente		

Escala de Coma de Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Motora	Resposta Verbal
Espontânea 4	Obedece Comando 6	Orientado 5
Ao Comando Verbal 3	Localiza a Dor 5	Confuso 4
A Dor 2	Retirada a Dor 4	Inapropriada 3
Ausência 1	Flexão a Dor 3	Incompreensível 2
	Extensão a Dor 3	Ausência 1
	Ausência 3	
TOTAL: 15		

- ☐ Pouco Comunicativo
- ☐ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Confusão
- ☐ Inconsciência
- ☐ Parestesia
- ☐ Afasia
- ☐ Rinoliquorrágia
- ☐ Outros:

Seguimento:

Pescoço: ☒ Normal ☐ Desvio de Traquéia ☐ Outro: _____
 Abdômen: ☒ Normal ☐ Distensão ☐ Ascite ☐ Doloroso/Defesa ☐ Hepatomegalia ☐ Esplenomegalia ☐ Outros: _____
 Urogenital: ☐ Anúria ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Giordano ☐ Direito e/ou ☐ Esquerdo ☐ Outros: _____

Gineco-Obstétrico

☐ Hemorragia Vaginal ☐ Perda do Tampão Mucoso ☐ Ameaça de Abortamento ☐ Abortamento
 Trabalho de Parto: ☐ 1 cm/d ☐ 1 a 3 cm/d ☐ 3 a 5 cm/d ☐ Mais de 5 cm/d
 Nascimento: ☐ Parto Único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR: _____
 Observações: _____

IG	DPP
Semanas	
Dias	1/1

Procedimentos:

- ☐ Intubação Orotraqueal
- ☐ Intubação Nasotraqueal
- ☐ Cânula Orofaríngea
- ☐ Respirador
- ☐ Ventilação Mecânica Ambu
- ☐ Inalação O₂ ☐ Cateter de O₂ ☐ Máscara Venturi %
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação / Cardioversão ☐ DEA
- ☐ Controle de Hemorragia
- ☐ Desobstrução de Vias Aéreas
- ☐ Contensão Física
- ☒ Curativo
- ☒ Punção Venosa Periférica
- ☒ Punção Venosa Central
- ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical
- ☒ Imobilização de Membros
- ☒ Colar Cervical
- ☐ Monitoração Cardíaca ☐ Oximetria ☐ Aferição SSW
- ☐ Aspiração
- ☒ Estimulo Doloroso ☒ Com Resposta ☐ Sem Resposta
- ☐ Outros:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer com Lactato	500 ML		01amp	EV	10:40
Soro Fisiológico 0,9%					
Soro Glicosado 5%					
Outros					

Destino:

Unidade Hospitalar: _____
 Município: _____
 Assinatura e Carimbo do Médico (Unidade de Destino)
 Hora: _____



Porte do Paciente	Nome do Receptor e CPF	Assinatura do Receptor

Equipe	Médico Regulador	Médico da Viatura	Enfermeiro(a) de Enfermagem	Condutor
	Dr. Alexandre		Téc. Enfermagem	João Pedro

Termo de Recusa:
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU REGIONAL DO AGRESTE, nesta oportunidade.
 RG ou CPF: _____ Assinatura: _____
 Testemunha RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Amaro da Silva Filho, portador da carteira de
Identidade nº 0331 6110331 e inscrito no CPF/MF sob o nº 641.727.834-49,
residente e domiciliado na Rua Dr. Jose Maria, 390, Centro,
Cidade Bomfim, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

DOCUMENTO 2 "T2%"



Jose Amaro da Silva Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jortalzo - Ceará; 12 de Janeiro de 2016

Local e data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 14 JAN 2016
3
Nome: _____

3160036876

DOCUMENTO 1 "T10%"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0045009870**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/12/2015** às **15:38**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/11/2015** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 232(LOT SANTA FELICIDADE), 01, VIA LOCAL DA BR 232.** - Bairro: **COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **LIU PNEUS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE AMARO DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE AMARO DA SILVA FILHO**

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

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

JOSE AMARO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA BEZERRA TORRES** Pai: **JOSE AMARO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/1/1969** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL**

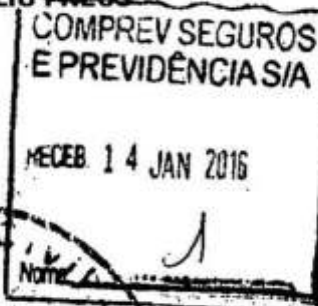
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMARO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PGK1494** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **524707839** Chassi: **9C2JC4820DR044236**Combustível: **ALCO/GASOL**Descrição: **PROPRIETARIO: MARIA ANDREIA DA SILVA**

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

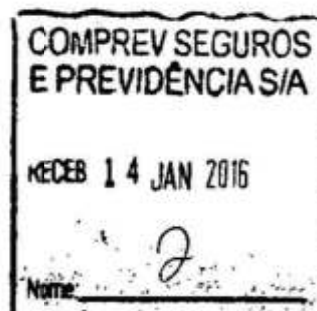
A VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO LOCA ACIMA CITADO, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POSTO DE LIU PNEUS, UMA AUTOMOVEL DE COR BRANCA, MODELO E PLACAS NÃO IDENTIFICADOS PELA VITIMA, O QUAL ERA CONDUZIDO POR ALGUEMS DECONHECIDO, E QUE EM DETERMINADO MOMENTO O AUTOMOVEL FREIOU BRUSCAMENTE, OCASIÃO QUE A VITIMA NÃO CONSEGUIU EVITAR COLIDINDO NA TRAZEIRA DO AUTOMOVEL, CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, TENDO LESÕES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE FOI ATENDIDO E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE, CONFORME OCNSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

Jose Amaro da Silva Filho

JOSE AMARO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* - Matricula: 1581678



DOCUMENTO 1 "T1%"
FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

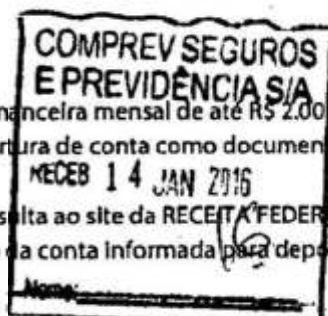
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Amor da Silva Filho
PORTADOR(A) DO RG Nº 0331640331 EXPEDIDO POR Detran EM 28 / 06 / 2014 E
CPF 641727834-49 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 meses, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2192 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 76812-2

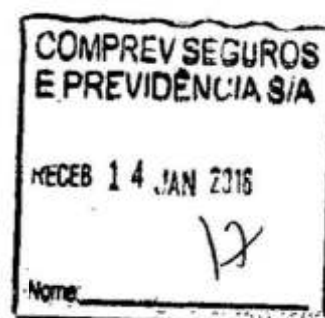
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

José Amor da Silva Filho 12 de junho de 2016 José Amor da Silva Filho
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.



DOCUMENTO 7 - 17%

FATURA DE PREVIDÊNCIA

FIGURA OBRIGADA COM CONTRATO DE SEGURO DAS CAUSAS POR VEÍCULO AUTOMOTOR, SEM VÁLIDA RESERVA OU CONTRA-SEGURANÇA, APÓS O PRAZOS ESTABELECIDOS EM NORMAS DO SEGURO DPVAT.

PE Nº 011972632226 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA ANDREA DA SILVA

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

www.dpvatsegurodovansito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1264

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	27/11/2015
CNPJ (CNPJ)	PÚCA
066.307.864-40	DEF139A
RENAVAM	MARCA / MODELO
SE-4787839	HONDA/FITZ 1.5 ES
ANO FAB.	Nº CHASSI
2013	9C2JC48E0UR044226
FMS (R\$)	DENUNCIAN (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	TODAS SERVIDES SEGURADOR
PAGAMENTO:	DATA DE OUTUBRO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
PREMIO TARIFARIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURADORA LIBER - DPVAT

CNFJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoraliber.com.br

FE-2015

DOCUMENTO 6 - T6%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE AMARO DA SILVA FILHO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
28055056 SSP SP

CPF
641.727.834-49

DATA NASCIMENTO
21/01/1969

FILIAÇÃO
JOSE AMARO DA SILVA
SEVERINA BENEDETA
TORRES

POSSESSÃO
ACC
CAT. HABIL.
AD

Nº REGISTRO
03316110331

VALIDADE
18/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
28/06/2004

VALISA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017306759

PROIBIDO PLASTIFICAR
1017306759

OBSERVAÇÕES
A

João Amaro da Silva Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BRASÍLIA - DF

DATA EMISSÃO
19/11/2014

João Amaro da Silva Filho
ASSINATURA DO EMISSOR

75305842616
PR062962310

DETRAN-SP/PERNAMBUCO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 14 JAN 2016

12

Nome:

[illegible]

[Handwritten signature]

010011101

010011101

4. Page 10, line 10
0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 8

63-5587101

10:30pm

SECRET
NOV 19 1964
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D.C. 20535





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: Av. Adriano de Silva Filho, 460.103.

PRONTUÁRIO: _____

DATA: 27 / 11 / 15



MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Paciente vítima de acidente de moto. Há 1 hora, vítima usa 1 curativo, não dorme, não se move, não suada, em MID, não sente dor. Exame: olhos abertos, pupilas, com reflexo de choque, glóbulos 15, urina 15, coloração normal, em tórax direito, não sente dor, normal respiração, não há elemento contuso. PA: 140x90 mmHg / 50x95. Arterial. Localização da ortopedia. Cirurgia braço-músculo-flexor. VD. Sintomas em tórax D / fratura exposta na mão E?

HOSPITAL REFERENCIADO: URA

SENHA AUTORIZADA: 4806780

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR Dr. Bruno Ramalho

Dr. Bruno Ramalho
Médico
CRM/PE: 23713

| |
|--------------------------------------|
| COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/IA |
| RECEB 14 JAN 2016 |
| Nome: <u>2</u> |

OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.



Prefeitura Municipal de Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



| | | |
|--|-----------------|-------------------|
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | REGISTRO: 691 614 |
| Idade: 27/12/15 | Hora: 11:12 | Cartão do SUS: |
| Nome: JOSE FERNANDO DA SILVA FILHO | | |
| Nome da Mãe: | | |
| Data de Nascimento: 1/1 | Idade: 46 | N.º - |
| End.: VIA LOCAL BR 232 (TRAZIDO PELA SAMU) | Cidade: BEZERRA | Fone: - |
| Sinais Vitais: Sinais vitais estáveis | | |
| Temp.: 36,4 | HGT: 260 | Pulso: 99 |
| F.R: 18 | Peso: 70 | Assinatura Téc. |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sinais de Emergência imediato - CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ Apneia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 ☐ FR > 32 vpm ☐ FR < 10
- ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ☐ Pulso ausente
- ☐ Sudorese ☐ PAS < 80 mmHg ☐ PAD > 130 mmHg
- ☐ Convulsionando no momento ☐ Irresponsivo ou só resposta à dor ☐ Letargia
- ☐ Queimaduras em mais de 25% de SC ou acompanhamento de vias aéreas
- ☐ Intoxicação exógena
- ☐ Sangramento intenso ☐ Lesão Grave

Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAR COMO AMARELO

- ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15
- ☐ PAS < 90 ou > 180 ☐ PAD > 110 sem sintomas
- ☐ Febre > 39° ☐ Febre com imunodepressão
- ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação aguda
- ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
- ☐ Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ < 10%
- ☐ Vítima de abuso sexual ocorrido há 72 horas
- ☐ Fraturas anguladas e luxações com comp. Neuro vascular ou dor intensa
- ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa
- História até 72 horas de: ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
- ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo - CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ TCE sem perda de consciência
- ☐ Febre sem outros sinais clínicos
- ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ Lombalgia intensa
- ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais
- ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ Vômitos, diarreia sem desidratação < 24h

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 14 JAN 2016

Nome: 8

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social) - CLASSIFICAR COMO AZUL

1. ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas
2. ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal
3. ☐ Coriza crônica ou recorrente
4. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
5. ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
6. ☐ Administração de medicamento
7. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional
8. ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
9. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas
10. ☐ Troca ou retirada de sonda
11. ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
- ☐ Amarelo
- ☐ Verde
- ☐ Azul

ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÃO:

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO

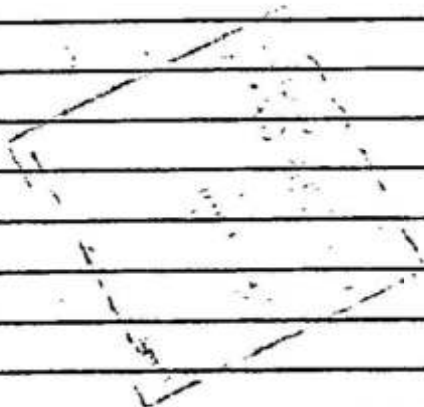
REGISTRO:

691614

H.D.A.: Paciente ortomix colíca, euvolúto, há 1 hora, melhora com de
opacoite, nãq vomito, nãq diarreia. Relata dor em abd, m. k.
Os exames: Vias ~~super~~ aéreas patentes, sem sinais de obstru-
ção, crepitação em tórax, não há ruídos intestinais em abd, ausência de
elemento dentário, glaxu: 15, pupilas isocóricas e fotoventes.

Dr. Bento Damasceno
Médico
CREMEPE 22713

Exame Físico:



Hipótese Diagnóstica:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 14 JAN 2015

Nome: 9

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: *Unge alergia*

1. *Tramadol 50mg, 2ampolas, 10ml 50.91.*

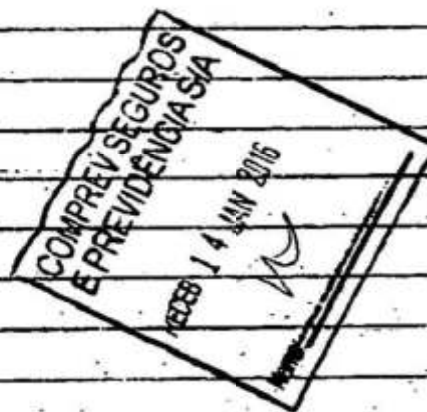
2. *IR, 60, 5L*

11/06
 Fabiana Brito
 Enfermeira
 COREN-PE 385.694

Dr. Bruno Ramalho
 Dr. Bruno Ramalho
 Médico
 CRM-PE 23713

4RA
 12:35h: Transmissão: 4806780

Dr. Bruno Ramalho
 Médico
 CRM-PE 23713



| TIPO DE CONSULTA | MOTIVO DA ALTA | ÓBITO |
|--------------------------|----------------|----------------------|
| Consulta simples | Melhora | Data: ____/____/____ |
| Consulta c/ Observação | Solicitação | Hora: _____ |
| Indicação (Internamento) | Transferência | |
| | Indisciplina | |
| | Óbito | |

Data: ____/____/____

Hora: _____

Médico - CREMEPE
(Carimbo)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE AMARO DA SILVA FILHO

Data Nasc.: 21/01/1969

Idade: 46

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDAS

Religiao:

CPF:

RG:

CNS: 706003776512700

Endereço: RUA DOUTOR JOSE MARIA

Bairro: SAO PEDRO

Cidade: BEZERRAS

CEP: 55660000

Fone: 996408100

Profissao:

Nº: 300

Estado: PE

Nome da Mãe: SEVERINA BEZERRA TORRES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 27/11/2015 13:30

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente motociclistico com lesão no membro superior direito (mão direita) com fratura de rádio e ulna.

Exame Físico:

MMII: sem lesões

PA:

FC:

FR:

FC: 80 bpm

MMII: sem lesões

Diag. Provisório:

2. Lesões: fratura de rádio e ulna do membro superior direito com lesão de tendão de flexão pollicis.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 14 JAN 2016

Nome:

Prescrição:

Data:

Data:

Horário:

| | | |
|--|--|--|
| | (1) Analise da lesão e prescrição de analgésico. | |
| | Prescrição: | |
| | 1. Paracetamol 500mg | |
| | 2. Ibuprofeno 400mg | |
| | 3. Clonitazina 10mg | |
| | 4. Dexametasona 4mg | |
| | 5. Clonitazina 10mg | |
| | 6. Dexametasona 4mg | |
| | 7. Clonitazina 10mg | |
| | 8. Dexametasona 4mg | |
| | 9. Clonitazina 10mg | |
| | 10. Dexametasona 4mg | |

1 de 2

(2) Analise da lesão e prescrição de analgésico.

11-11-68

ilke du angren

Paralela a frontului. Lăsați în
drum și partea din față
și partea din spate (4 și 2). e 2 și 1
pe o mână și o pășărie. Frontul și 2 și 1
în față.

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse estabelecimento, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Name: Munira Ali Siddiqui PG

Endereço:

Date: 27/11/2015 Outward

Autorização de Procedimento

Name: M. J. E.

Endereço:

Procedimento:

Suchung an der Luft der Temperatur und Feuchtigkeit

(Faint handwritten notes at the bottom of the page)

Dr. José Alfredo de Barros
Cirurgião e Traumatologista
Rua Manoel Francisco
100 - P. 22 - 8
Rio de Janeiro - RJ

Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Torno de Alta a Pedido

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Ótimo

Data: / / Hora: Médico

11/27/2015 1:30:31 PM
2 of 2

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

Usário do Atendimento

MECEB 14 JAN 2016

Nome:



Prefeitura Municipal de Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: João Manoel da Silva Filho, 46 anos.

PRONTUÁRIO: _____

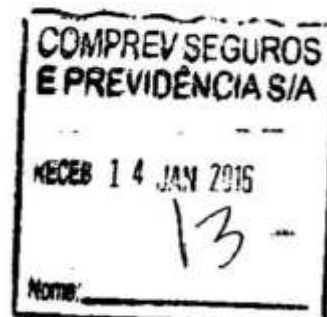
DATA: 27 / 11 / 15

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: paciente apresenta a seguinte situação - moto
há 1 hora, relatou uso de capote, não visto, não dormiu, não
andou em mtd e não respondeu. Os sinais vitais: 110 batimentos por minuto,
pressão arterial 160x90 mmHg, saturação de oxigênio 95%,
temperatura 37,5°C, frequência cardíaca 110 batimentos por minuto,
respiração em tubo de traqueia, não responde a estímulos, não responde
aos testes de reflexos de proteção. PA: 160x90 mmHg / S.O. 100% em ambiente
de oxigenação de 10 litros, com saturação de 95%.
HD: Sinais vitais em tubo de traqueia, não responde a estímulos.

HOSPITAL REFERENCIADO: HRA - Bezerra

SENHA AUTORIZADA: 4806780

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR: _____



OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Amaro da Silva

RG nº 03316110331, data de expedição 28 / 06 / 2004, Órgão Detran

CPF nº 641.727.834-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|---|
| Logradouro
(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Dr. Jose Maria</u> |
| Número | <u>390</u> |
| Apto / Complemento | <u>Centro</u> |
| Bairro | |
| Cidade | <u>Berromar</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>55660-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 3728-3982/9-9533-1323/9-9926-8193</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza - Ceará, 12 de Janeiro de 2016

Assinatura do Declarante: Jose Amaro da Silva

