

# 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: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000155395-5

---

Nr. da Autenticação 3D3C836E2497DA29

# 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: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000155395-5

---

Nr. da Autenticação 93B05EAA063B7C69



CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.001439

ATENDIMENTO: PRACA N SRA ROSARIO - NUM. - 00588 - CENTRO JABOATAO DOS GUARARAPES PE 54110-130

DADOS DO CLIENTE  
SRA CLAUDIA CIPRIANO DE ARCANJO MATRÍCULA: 96125438 Abr/2019  
R. JARDIM QUITANDINHA, N. 250 - - SOCORRO JABOATAO DOS GUARARAPES PE 54150-560  
INSCRIÇÃO: 079.120.610.1215.000 GRUPO: 6 DEB. AUTOMATICO: 0961254

SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
			COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICA
HIDRÔMETRO 610N190699	DATA LEIT. ANTERIOR 30/03/2019	DATA LEIT. ATUAL 9/04/2019	TIPO DE CONSUMO (A) REAL		

ÁGUA:

LEIT. ANT: 627 CONSUMO: 0

LEIT. ATU: 627

LEIT. FAT: 627

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO  
DASA  
CONTROLE DE QUALIDADE

01 AJO 2019

Estado de Pernambuco

Av. Rod. Caruaru, 711-1

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATEN A LE
8/2019 00			
2/2019 00			
1/2019 00			
2/2018 00			
1/2018 05			
0/2018 06			
DIA: 02			
TURBIDEZ	64	64	64
	64	64	51
COR APARENTE	64	64	6
CORO RESIDUAL	64	64	6
COLIF. TOTAIS	64	64	6
E. COLI	64	64	6

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

IS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
DOS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
DOS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
SOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

ESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL (R\$)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019

0,24

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2019

12,39

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
SHELIA DE OLIVEIRA NOBRE

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF  
3492915 SSP PE

CPF  
633.376.654-20

DATA NASCIMENTO  
26/05/1973

FUNÇÃO  
MILTON MARQUES DE  
NOBRE  
SHELIA DE OLIVEIRA NOBRE

FIRMAÇÃO  
PC CAT. HB  
1

PRESTADOR  
06496650740

VALIDADE  
14/09/2015

EMISSÃO  
26/01/1999

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1302034553

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO  
1302034553

INFORMAÇÕES  
A

*SHELIA DE OLIVEIRA NOBRE*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO  
14/09/2014

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO PRESTADOR

82325855468  
28074629115

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica  
Dr. Maria de Lourdes C. de Araújo  
CRM/PE: 3067



VENCIMENTO  
25/05/2019



COD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CIDIPE)

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004  
R PRUDENTE DE MORAIS 409 CASA  
HIPODROMO  
RECIFE - PE  
52041-730



32 14536021 04525 00000002777 10 080519

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Correio Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC** (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 DE 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Shaila de Oliveira Moura  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Morais Vinícius Santana Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 703619384 / 03  
do sinistro de DPVAT cobertura Tornacalidez da Vítima Morais Vinícius S. Gonçalves  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 703619384 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

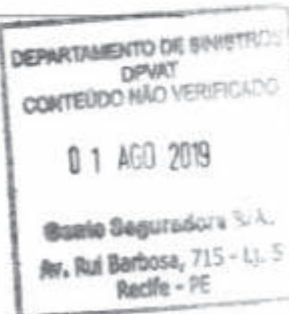
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prudente de Moraes</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Alipódurno</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52041-730</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 30828465</u>

Local e Data: Recife, 29/07/2019

Shaila de Oliveira Moura  
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Marcio Joao Luiz da Silva  
RG nº 7168053, data de expedição 21/08/2007  
Órgão SDS, portador do CPF nº 06362388496  
com domicílio na cidade de Jaboatão, no Estado de Pernambuco  
Rua Sete Avedas, nº 459  
complemento Soane, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Marcus Vinicius Santana Gonçalves, cujo o condutor era  
Marcus Vinicius Santana Gonçalves  
Veículo: Moto Modelo: Honda NXR 180 STD Ano: 2009  
Placa: VHO-2547 Chassi: 9C2WD04209R0 21677  
Data do Acidente: 18/09/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

©Selo Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Local e Data: Jaboatão 14-03-2019

Marcio Joao Luiz da Silva  
Assinatura do Declarante

Marcus Vinicius Santana Gonçalves  
Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE  
Rua Alberto Barros, 13 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fone: (51) 3481-3939 / 3481-0316  
CEP: 54110-000 - Email: cartorio.jaboatao@gmail.com

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARCIO JOÃO LUIZ DA SILVA, MARCUS VINICIUS SANTANA GONÇALVES, lançada em minha presença. Dou fé.  
Jaboatão dos Guararapes, 14 de março de 2019.  
Em testemunho da verdade.  
Adriana Maria de Jesus Santana (Oficial)  
Valor total R\$ 9,58  
Válido somente com o selo: 0075861.QFF02201401.03251 e 0075861.JVR02201401.03252





# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 15:16



Nome Paciente: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 19/05/1993  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0043  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 18/09/2018 15:22 - 18/09/2018 15:29

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PCT PRVENIENTE DO HOF, SENHA: 5515970. COM RELATO DE DOR EM 2 PDD, COM FRATURA EXPOSTA. APOS COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 2 HORAS PCT ENCONTRAVA - SE DE CAPACETE E NAO SE ENCONTRAVA ALCOOLIZADO.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Iscliminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 80.00 MMHG  
- PAS: 120.00 MMHG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gerente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 15:29



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Ortopedia

Senha da Classificação:

0043

Atendimento: 457618

Data e Hora: 18/09/2018 15:36

Paciente: 109203 MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVE Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 19/05/1993 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG  
Nome da Mãe: KATIA CRISTINA SANTANA GONCALVES Nome do Pai: JOAO GONCALVES BEZERRA  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726  
Endereço: RUA JARDIM CANDEIAS 225 Bairro: SOCORRO  
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: GISELEMSS  
RG (Identidade): 9044318 SDS/PE Data de Emissão:  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 70361938403 Fone: 985283978  
Cartão SUS: 708609541912189 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Plantio recente de fratura autochônica de  
tubo de 2º e 4º PDD, e

Exame Físico

BEG LOTS AAA  
lesão cutânea em região plantar de  
2º, 3º e 4º PDD  
Neumomato (+)

Hipótese Diagnóstico

Fratura exposta de 2º PDD, e  
lesão de partes moles.

Conduta Terapêutica

Indicada ao Bloco

Prescrição Médica

① Cefotaxima 2g TADN  
② SAT (+) VAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
01 AGO 2019  
Copa Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

AO BLOCO



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 457624  
Usuário do Atendimento: DAYENESS

Data e Hora do Atendimento: 18/09/2018 15:47  
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES Prontuário: 109203  
Nome da Mãe: KATIA CRISTINA SANTANA GONCALVES Nome do Pai: JOAO GONCALVES BEZERRA  
Data do Nascimento: 19/05/1993 Idade: 25 anos Sexo: MASCULINO  
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 9044318 SDS/PE Data Emissão:  
CPF: 70361938403 Certidão de Nascimento: Data Emissão:  
Naturalidade: Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A INCOMPLETO  
Carteira Nacional SUS: 708609541912189 Ocupação Habitual: OUTROS  
Endereço: RUA JARDIM CANDEIAS 225 SOCORRO  
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES PE CEP: 54160970 Fone: 985283978

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: CR- HOSP OTAVIO DE FREITAS  
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

CRM: 17726

Leito: LEITO 11

HCH - Hospital Dom Helder Câmara  
Evângela C. Dias de Souza

1 SET. 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 18/09/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorada  
Diagnóstico: Lesão exposta com fratura da epífise superior da tíbia  
Procedimento: Fio K Diagnóstico: Fratura do 2º PDD  
Alta em: 1 1 Hora: conduta: fio K  
Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_  
Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_

HCH - Hospital Dom Helder Câmara  
Mário P. G. Silva  
Assessoria Jurídica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Marcos Vinícius Santos Faria Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: 109003  
Idade: 25 Sexo: M Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: Ortop Enfermaria: 720 Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Trama edematosa em pé esquerdo

História da Doença Atual: Paciente refere Trama edematosa em  
pé esquerdo; após sangramento local.

Interrogatório Sintomatológico: Do e dor profunda em 2, 3 e 4º PDE  
com sangramento local.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Corpo Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

10.09.18 545

Sexo  
M

Cor  
P

Idade  
20

Risco  
IE

Paciente: VINNARIUS SANTANA GOUVERNEUR

Nome do Cirurgião

VANDUANO QUEIROZ

Nome do Anestesiologista

IBIP GYNTHIA L. FERREIRA

Urgência

☒ NÃO

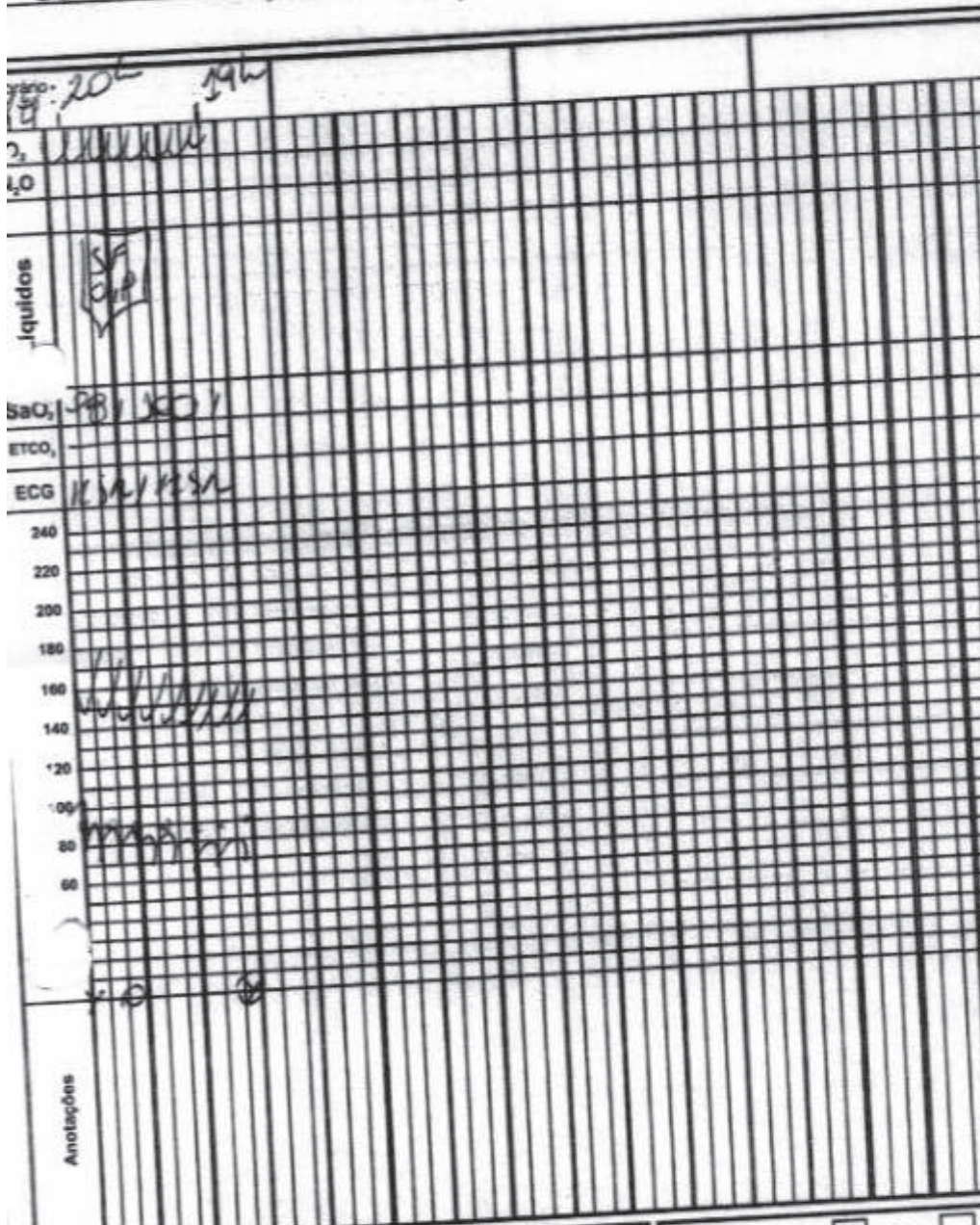
☐ SIM

Indicação Pré-anestésica

NR 109203

Urgia

do enrijecido da prolapso exposto em PE D.



Drogas Usadas

Quantidade

propofol	100mg
xiw 21.51e	4ml
bupivacaina	15mg
max plus	80mg
etomidato	2mg
dipiridona	2mg
dicodan	10mg
eporn	8mg

Técnica Anestésica

Rodriguez  
na Punct. lom-  
bar poromediocran  
em espoco L3-L4  
com agulha de  
greenfield n° 25  
LER ⊕ e elero,  
longue ⊖

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sondento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Garia Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Assinatura do Anestesiologista

*Assinatura*



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Marcus Vinicius Santana Data: 18/09/18 Hora: 6:55 Registro: 109203  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Pe: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Edsonato Anestesiologista: Dr. Cinthia Instrumentador: Rafaela  
Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Fratura de 2º P.D. Início: 18:15 Término: 19:00  
Anestesia: Rafaela Início: 18:15 Término: 19:00

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

Estado Geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Grave ( ) Coma  
Nível de Consciência: (x) Orientado (x) Consciente ( ) Sonolento  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não  
Chegou no CC em uso de: \_\_\_\_\_

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

Posição: Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal (x) Ventral ( ) Ginecológica ( )  
Banco de Sangue ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Peça Cirúrgica: Sim ( )

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) PNI (x) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrassônico ( ) Artoscópio ( ) Capnógrafo ( )  
Bisturi Elétrico ( ) Local da Placa ( ) Intensificador ( )  
Carro de Anestesia (x) Diprofusor ( ) N° ( )  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( )  
Oxigênio ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Protóxido ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não (x)  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não (x)  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não (x)  
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não ( )  
Punção Venosa: Sim ( ) Não (x)  
Sonda Gástrica: Sim ( ) Não (x)

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: conexão aspiratório CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 - OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado (x) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Encaminhado para: SRPA (x) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) Apt° ( ) Residência ( )

Data: 18/09/18 Hora: 19:10 Enfermeira: Rafaela Circulante: Milene  
CONE - PE 256.190 TE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
01 AGO 2019  
Sentença Seguros S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 3  
Recife - PE



HOSPITAL  
HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
BLOCO CIRÚRGICOGESTÃO  
IMIP  
HOSPITALARNome: Marcus Vinícius SantanaRegistro: 109203

Leito:

Procedimento Cirúrgico: POI HO. eun. Enat. Pe/DData: 18/09/19

Hora:

HORÁRIOS

## DIAGNÓSTICO

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Ansiedade

- ( ) Encorajar verbalização dos sentimentos e medos  
 ( ) Proporcionar apoio emocional  
 ( ) Dar informação ao paciente e familiares  
 ( ) Outros

2. Ventilação prejudicada ✓

- ( ) Manter decúbito elevado  
 ( ) Aspirar vias aéreas superiores de \_\_\_/\_\_\_h  
 ( ) Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz  
 ( ) Manter o paciente em posição de fowler  
 (✓) Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR  
 (✓) Instalar (✓) manter (✓) Anotar oximetria de pulso  
 ( ) Outros

3. Padrão de eliminação  
urinária

( ) Diminuído ( ) Aumentado

- ( ) Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de  
\_\_\_/\_\_\_h  
 ( ) Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira,  
compressas frias no abdômen).  
 ( ) Colocar o paciente em posição de Fowler  
 ( ) Orientar o aumento da ingestão hídrica  
 ( ) Registrar-se: ( ) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região  
suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea  
 ( ) Outros

4. Dor ✓

Local: \_\_\_\_\_

Leve ( ) Moderada ( ) Severa

- (✓) Verificar qual posição adequada do paciente no pós  
anestésico  
 (✓) Avaliar a localização e a intensidade da dor  
 (✓) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da  
medicação  
 (✓) Identificar fatores desencadeantes da dor  
 (✓) Registrar características e intensidade da dor  
 ( ) Outros

5. Integridade tissular  
prejudicada ✓

- (✓) Descrever características da lesão  
 (✓) Realizar curativo de 24/24h  
 ( ) Realizar mudança de decúbito de \_\_\_/\_\_\_h  
 ( ) Medir decúbito de dreno de \_\_\_/\_\_\_h  
 ( ) Manter curativo oclusivo por \_\_\_h  
 ( ) Outros

6. Sangramento ( )

Local: \_\_\_\_\_

( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

- ( ) Aferir pressão arterial de \_\_\_/\_\_\_h  
 ( ) Manter decúbito: \_\_\_\_\_  
 ( ) Realizar curativo compressivo  
 ( ) Outros

7. Imobilidade no leito  
prejudicada ( )

- ( ) Pinçar dreno ao transportar paciente  
 ( ) Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)  
 ( ) Manter repouso no leito em posição:  
 ( ) Outros

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gestão Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: **05**

Nome: Marcus Vinícius

data: 18/09/18 Hora: 14:18 Registro: 100200

Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Feção de físt. de porta de p. 3

Tipo de anestesia: Rbique

Equipe: Dr. Eduardo Oliveira

Anestesista: Dr. Lúcio

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado

Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE

Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( ) Sim Onde: MSD

Acesso Venoso Central: ( ) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_

Drenos: ( ) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA: 73 x 85 mmHg FR: \_\_\_\_\_ p/min FC: 57 p/min SaPO2: 99%

Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>19:35</u>	<u>19:50</u>	<u>20:20</u>	<u>20:50</u>	<u>21:20</u>	<u>21:40</u>
FR	<u>170 x 99</u>	<u>152 x 98</u>	<u>157 x 99</u>	<u>118 x 96</u>	<u>155 x 86</u>	<u>155 x 76</u>
FC	<u>57</u>	<u>67</u>	<u>60</u>	<u>61</u>	<u>62</u>	<u>64</u>
SaPO2	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>96%</u>	<u>93%</u>	<u>95%</u>	<u>96%</u>
Glasgow	_____	_____	_____	_____	_____	_____

5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 144 x 86 FC: 71 FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: 93% Glasgow: \_\_\_\_\_

Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência

Data: 18/09 Horário: 21:30 Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: Prud

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Grupo Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



DATA: 15/09/18  
RG: 109003

ACIENTE: Marcos Vinícius Santana Gonçalves  
CIRURGIÃO: Dr. Edson  
ANESTESISTA: Dr. Cinthia  
CIRURGIÃO: Hércilio Travençolo 2º P.D.D.  
INSTRUMENTADOR: Karolena  
CIRCULANTE: Muel  
ENFERMEIRA: Karolena

AUXILIAR:  
ANESTESIA: Raqui  
COORDENAÇÃO DO BLOCO: Ruana  
COREN:  
HORÁRIO INICIAL: 15:20  
HORÁRIO FINAL:

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS			
QUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX

EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO

EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM

LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5

SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA PIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 8

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
01 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. da Barbosa, 715 - Lj. 5

CÓD. 38407





## 1. Identificação

1. Identificação

Nome: Walter Vinicius Santana Data: 18/09/18 Registro: 109203  
Convenio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 16:55

2. Equipe médica:

2ª Equipe Médica:

Cirurgião: <u>Dr. Eduardo</u>	1º auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Cinthia</u>	Instrumentador: <u>Rafaela</u>
Circulante: <u>Luciana</u>	

Unidade Nº 4 dos Santos

~~Milene M<sup>a</sup> das Santos~~  
~~COREN - PE 256.190 TE~~

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
2007 Capit Favuco Pr. A to dura	HDH CME SLG [REDACTED] 29.18.01 STEAM [REDACTED] 24.09.183101	Medstéril VAPOR INDICADOR QUÍMICO CLASSE 4 Prato Processado [REDACTED] VAPOR
J.C.K Basilicamentosa Ricardinho	[REDACTED] 16.09.18 01 STEAM [REDACTED] 25.09.182693	Black Processed [REDACTED] LASS 4 CHEMICAL INDICATOR Medstéril CLOREN/PE 541.126 WWW.EMBRAESTER.COM.BR
Punho de fogo	[REDACTED] 2.09.18 01 STEAM [REDACTED] 02.12.182672	DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  01 AGO 2019  Osato Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE
	[REDACTED] 14.09.18 02 STEAM [REDACTED] 14.12.182672	
	[REDACTED] 17.09.18 01 STEAM [REDACTED] 21.09.18304	
	[REDACTED] 14.09.18 02 STEAM [REDACTED] 21.09.18304	



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 109203

Atendimento: 457624

Dt. Cad: 18/09/2018

Nome: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

Dt. Nasc: 19/05/1993

Mãe: KATIA CRISTINA SANTANA GONCALVES

Bairro: SOCORRO

End.: RUA JARDIM CANDEIAS

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

Enferm.: LEITO 11

Leito: 672

CNS: 708609541912189

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

#### Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h*

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NÃO*

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim *Rx*

☐ Não se aplica

### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado *4to. euvun. frnat. exp. pe*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica) *Sim*
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *NIA*
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *NÃO*
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

*Rafaela Henriques*  
Enfermeira  
COREN-PE 345.127



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Manoel Vitorino Santos Junior Reg. tro: 109203

Clínica: Onco Enfermaria: 120/male Leito:

Data/Hora	
18/09/18 16:05	# Admis
	Paciente admitido em nível aberto de 2 <sup>o</sup> andar com ventos em 2, 3 e 4 PDE e Frot exposto de 2 <sup>o</sup> PDE.
	CD: <u>Intubado</u> <u>410 curios</u> <u>40900</u>
18/09/18 8h	# <u>Enteopediatria</u> FO com bom aspecto Paciente sem queixas CD: <u>alta hospitalar</u> .
19/09/18	Paciente em 1 <sup>o</sup> PDE de Trat. Longo (Int). 2 <sup>o</sup> PDE em EGB, consciente, orientado, corado, hidratado, eupneico, afilado, boa higiene da pele, V.2, hematúrias(+), medicação (P.R.), Realizado exames, recebe alta com orientações.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Osato Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

o de Cirurgia : 37920  
Paciente : 109203  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 672  
Dt. Início :

Sala : 0005 SALA 05  
MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES  
SUS - INTERNACAO  
LEITO 11  
Dt. Fim : 18/09/2018 19:11

Atendimento : 457624  
Carteira :  
Idade : 25 Anos

Pré-Operatório :  
Pós-Operatório :

**Procedimentos**

Procedimento: 0408060638

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGE (PRINCIPAL)

Convênio: 001  
Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO  
RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO  
ANESTESISTA

14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ  
14690 CYNTHIA NASCIMENTO LEAL

**Descrição**

Evângela C. Dias de Souza

**Descrição Cirúrgica :**

FRATURA EXPOSTA GRAVE DO PE  
CHANCE DE INFECCAO NECROSE

01. DEBRIDAMENTO CIRURGICO METICULOSO
02. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
03. SUTURA DE FERIMENTOS EM OUTROS DEDOS DO PE
04. INCISAO POSTERIOR EM 2PDD MEDIANA APX 3CM
05. DEBRIDAMENTO POR PLANOS
06. REDUCAO DE FRATURA
07. PASSAGEM DE FIO DE K 1.5MM INTRAMEDULAR PARA REDUCAO
08. SUTURA POR PLANOS
09. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

**Descrição Complementar**

DR(A) : EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ  
CRM : 14508

DATA		LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
19/09/18		P <sup>1</sup> D	1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
01 AGO 2019  
Gazeta Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE





DOM HELDER CÂMARA

Secretaria  
de SaúdePERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADOGESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

## Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES

REGISTRO: 109203

IDADE: [Status]

DATA ADMISSÃO: 18/09/2018

DATA ALTA: 19/09/2018

### 1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DO 2 PDD

### 2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FIO K

### 3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

### 4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA ZERO SOBRE O MEMBRO OPERADO)
- 4) NA PISAR COM O MEMBRO OPERADO
- 5) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS
- 6) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

### Programação Após Alta:

ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: \_\_\_/\_\_\_/2017  
Não ( )

[Gerente]

### Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Garia Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 – Lj. 5  
Recife – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
E VEÍCULOS - DNT

PE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1485376860

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1485376860

**MARCUS VINÍCIUS SANTANA GONCALVES**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
9044318 SDS PE

CPF  
703.619.304-03

DATA NASCIMENTO  
15/05/1993

FUNÇÃO  
JACO GONCALVES BARREIRA

KATIA CRISTINA SANTANA GONCALVES

PROFISSÃO  
ENFERMEIRO

SEC. 2

CAT. ABR. 2

Nº REGISTRO  
06705059237

VALIDADE  
29/09/2020

1ª HABILITAÇÃO  
20/09/2016

OBSERVAÇÕES

*Marcus Vinícius Santana Gonçalves*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO  
27/09/2017

*Chelito Antônio Santos Ribeiro*  
Diretor Presidente

40865806443  
7881751346

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Ganto Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5  
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
SHELIA DE OLIVEIRA NOBRE

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSOR / UF  
3092915 SSP PE

CPF  
633.376.654-20

DATA NASCIMENTO  
26/05/1973

FUNÇÃO  
MILTON MARQUES DE  
NOBRE  
SHELIA DE OLIVEIRA NOBRE

FIRMAÇÃO  
PC CAT. HB  
1

PRESTADOR  
06496650710

VALIDADE  
14/09/2015

EMISSÃO  
26/01/1999

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1302034553

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1302034553

INFORMAÇÕES  
A

*Shelia de Oliveira Nobre*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO  
14/09/2014

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO PRESTADOR

82325855468  
28074629115

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica  
Dr. Maria de Lourdes C. de Araújo  
CRM/PE: 3067



VENCIMENTO  
25/05/2019



COD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CIDIPE)

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004  
R PRUDENTE DE MORAIS 409 CASA  
HIPODROMO  
RECIFE - PE  
52041-730



32 14536021 04525 00000002777 10 080519

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Correio Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190458239 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCUS VINNICIUS SANTANA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
GONCALVES

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P9 P13 P14)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO DO 2º DEDO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190458239 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCUS VINNICIUS SANTANA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
GONCALVES

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P9 P13 P14)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @P1 - REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE MAIS 40% PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA DO PÉ DIREITO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 15/07/2020 ASSINADO PELO DR. JOÃO RICARDO - CRM ILEGÍVEL - PE

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 40 %	20%	R\$ 2.700,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190458239 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCUS VINNICIUS SANTANA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
GONCALVES

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P9 P13 P14)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Marcus Vinícius Santana Gonçalves,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 9044318 SOS  
CPF/MF sob nº 703.619.384-03, residente e domiciliado à rua  
Rua Sordani Quitandinha, nº 250,  
Bairro: Soarna, Cidade: Jaboatão,  
Estado: PE, CEP: 54150560, Telefone: 98681 0743.

**OUTORGADO(S):** SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF  
sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do  
Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco, Cep.: 52.041-730.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber  
correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do  
sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro,  
junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como  
tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de  
Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar  
(Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco, referente ao processo de  
imprudência, ocorrido em 18/09/2018.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos  
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Jaboatão, 14 de Março de 2019.



Marcus Vinícius Santana Gonçalves  
**OUTORGANTE**

Reconhecer firma por autenticidade





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261724/19

**Vítima:** MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVI

**CPF:** 703.619.384-03

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Titular do CPF:** MARCUS VINNICIUS  
SANTANA GONCALVES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### **SHEILA DE OLIVEIRA MOURA : 633.376.654-20**

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

### **MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES : 703.619.384-03**

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: 01/08/2019  
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA  
CPF: 633.376.654-20

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

---

**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190458239**

**Vítima: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES**

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



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458239

Vítima: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 648

Conta: 00000155395-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 70361938403 4 - Nome completo da vítima: Marcus Vinicius Santana Gonçalves

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

5 - Nome completo: Marcus Vinicius Santana Gonçalves 6 - CPF: 70361938403  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Jordion Autaudinho, 250 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Socorro 12 - Cidade: Sabeata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 34150560  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 986510743

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 355395 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01/07/2019

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 29/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 70361938403 4 - Nome completo da vítima: Marcus Vinicius Santana Gonçalves

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

5 - Nome completo: Marcus Vinicius Santana Gonçalves 6 - CPF: 70361938403  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Jordion Autaudinho, 250 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Socorro 12 - Cidade: Sabeata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 34150560  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 986510743

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 355395 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01/07/2019

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 29/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096001283**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/02/2019** às **10:00**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **18/9/2018** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **AV. SAO MIGUEL - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE**

**AFOGADOS (BAIRRO), 01 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE ASTRA DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA ( OUTRO )  
MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES**



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

**MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: KÁTIA CRISTINA SANTANA GONÇALVES** Pai: **JACÓ GONÇALVES BEZERRA** Data de Nascimento: **19/5/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **RUA JARDIM QUITANDINHA, Nº 250, SOCORRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**CONDUTOR DE ASTRA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**HONDA/NXR 150 BROS KHO-2547 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHO-2547 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS, COR AMARELA, ANO 2009, PLACA KHO-2547, DE PROPRIEDADE DE MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO GM/ASTRA DE PLACA E CONDUROR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A SER SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS E DE IMEDIATO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA CONFORME ATENDIMENTO Nº 457618.**



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

*Marcus Vinnicius Santana Gonçalves*  
**MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 70361938403 4 - Nome completo da vítima: Marcus Vinicius Santana Gonçalves

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

5 - Nome completo: Marcus Vinicius Santana Gonçalves 6 - CPF: 70361938403  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Jordani Autaudinho, 250 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Socorro 12 - Cidade: Saboeira 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54150560  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 986510743

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 355395  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01/07/2019

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Recife, 29/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 15:16



Nome Paciente: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 19/05/1993  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0043  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 18/09/2018 15:22 - 18/09/2018 15:29

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PCT PRVENIENTE DO HOF, SENHA: 5515970. COM RELATO DE DOR EM 2 PDD, COM FRATURA EXPOSTA. APOS COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 2 HORAS PCT ENCONTRAVA - SE DE CAPACETE E NAO SE ENCONTRAVA ALCOOLIZADO.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Iscliminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 80.00 MMHG  
- PAS: 120.00 MMHG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gerente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 15:29