

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE INUP

Data e hora retirada da senha: 05/09/2019 11:59



Nome Paciente: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 11/04/1979  
Sexo: Masculino  
Idade: 40 anos  
Senha: 0018  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 05/09/2019 12:51 - 05/09/2019 12:58

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM TORNOZELO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ MAIS DE 12 HORAS

Observação:

SENHA: 5784275

HAS+ / NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- FREQUÊNCIA CARDÍACA: 103.00 BPM
- GLICOSE: 107.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

REVISADO  
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local

Fernanda Botelho  
Enfermeira  
COREN-PP 498644

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/09/2019 12:58

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	8431568
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	8431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES			6 - Nº Prontuário	129134
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
708808088205688	11/04/1979	X 1	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8199428597
11 - Nome da Mãe	MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNANDES			14 - Telefone de Contato	
Nome Responsável	MARIA DE FATIMA CORREIA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JACUER PEREIRA PONTES, 98 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
TAMBE	290765	PE	55920000		

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	Paciente encaminhado da Unidade Mista de Tambe, com relato de queda de motocicleta na 14ª, cursando com dor + deformidade em membro direito. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.		
21 - Condições que justificam a internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA		
Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	S823	V289	

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	0408050543		
29 - Especialidade	30 - Contorno Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPS) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	00 CNS ( ) CPF	980016277746192
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA	05/09/2019	Dr. Luiz Rogério Machado Gomes, Médico CRM-PE 27068 CRM-BA 33031	15979

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

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

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Grupos Emissores
	E280800001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
( ) CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
	Dr. Luiz Rogério Machado Gomes, Médico CRM-PE 27068 CRM-BA 33031

AIH  
261910221062-6

AIH  
261910221063-7



HOSPITAL  
MIGUEL ARRÁEZ

HOSPITAL MIGUEL ARRÁEZ

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 493846

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/08/2019 13:06

Paciente: 129134 ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/04/1979 Idade: 40 anos Convênio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNA Nome do Pai: ELIAS ALVES FERNANDES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: JADIER PEREIRA PONTES

98

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAMBE

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

### Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

### RESUMO DE TRATAMENTO

esp: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

Presença de dor aguda de intensidade média a forte no tornozelo D. com relato de queda de moto há 14h, causando dor e deformidade no tornozelo D. Não há comorbidades ou alergias.

#### Exame Físico

F.G.B. L.T.E. eufórico e afável. M.D. com deformidade no tornozelo D. + firmamento punho, dor, transverso e axial de máx. medial D. RX: FX de pilão tibial D.

#### Hipótese Diagnóstica

FX exposta de pilão tibial D

#### Prescrição Médica

1) Internamento ao bloco sem banho

2) Dieta zero

3) VPM

Dr. Luiz Rogério Maciel Gomes

CRM-PE 27288 CRM-BA 33035

Dr. Juliano Machado

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



DETOX

HOSPITAL  
MIGUEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Elieudilson G. Mendes

Registro:

729134

Clinica:

ortopedia

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

26/09/19

8<sup>h</sup> D.O.

~~Aspirante~~ fêmea pelo Pulver (P)  
Pele bem, res. queixos, F.O. em  
condições, ainda com 13 dentes  
- X principal pedunculada simétrica arredondada.  
- Nos dentes  
- Dentes frescos desde 20 dias  
- Dentes  
- Dentes de volta de 30 dias  
- Dentes de volta com 40 dias.

Carolina de Jesus Pereira  
Cirurgiã de Cabeça e Pescoço  
Médica Responsável  
CRM 14313

HOSPITAL  
**MIGUEL ARRÁEZ**

GESYAU  
JMIP

## RECEITUÁRIO

El señor Cardona  
 Plural  
hacía plural  
 Plural con luteria de  
 aceite metacilindro en  
 04/09/19, según informe de la D.  
 subdirectora a cargo en 11/09/19,  
 según en rectificación.

Exp: 582.3

26/04/19

*[Handwritten signature]*

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



**TAMBÉ**  
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ**  
Secretaria de Saúde  
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: \_\_\_\_\_

Nº Cartão SUS 2101216101601481211216-PP Data de Nascimento: 21/08/1971

Nº Cartão SUS: 11018796

Nome do Paciente: Silvia Maria Costa Aguiar Sexo: F Raça: Parda

Estado Civil: casado Nome da Mãe: Luiz de Jesus

Estado Civil: casado n.º 235 Bairro: Paraisópolis  
Endereço: R. São Paulo, 100 CEP: 13.130-000

Endereço: Av. ... CEP: ... PSF: ...  
Cidade: ...

Cidade: Aracaju  
Data do Atendimento: 05/10/2013 Hora da Chegada: 12 h 30 min.

Pré - Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
-----------------	------	-------	--------	-------	-----------

QUEIXA PRINCIPAL

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

( ) Vermelha ( ) Amarela ( ) Verde ( ) Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM:

Assignatura/Càrrec:

**QUEIXAS, DIAGNOSTICO:**

## EXAMES COMPLEMENTARES

## TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

## PROCEDIMENTO 01

PROCEDIMIENTO 03:

## PROCEDIMENTO 02:

PROCEDIMENTO D4:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA  
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVED:

SENTOS AS: \_\_\_\_\_ MIN

DO DIA:

DATA SAÍDA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_ H. \_\_\_\_ MIN.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura / Carimbo CRM



# FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 493888

Usuário: ELISAMASP

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES** Prontuário: 129134  
Idade: 40a 4m 25d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 11/04/1979  
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55920000  
R.G.: 5836677 C.P.F.: 98 - CENTRO - ITAMBE - PE  
Endereço: JADIER PEREIRA PONTES  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 05/09/2019 14:32  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-16  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:  
Endereço: - Número: 86 09 19  
Telefone: Cidade: Estado civil:

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/09/19 Hora da Alta: 7 : 30  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: Bom  
Diagnóstico Principal.....: Ex. tumor de tórax  
Diagnóstico Secundário01.:  
Diagnóstico Secundário02.:  
Exame de laboratório.....: RIFI  
**REVISADO COIH-HMA**  
**Dr. Rafael Holanda**  
**Cirurgião Transplantador**  
**CRM-PE 25.200**  
**Médico e ERM:**  
Rafael Holanda  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Rafael Holanda  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento.....: 493846      Prontuário: 129134      SAME: 115803      Hora Atend: 13:06      Data Atend: 05/09/2019  
Paciente.....: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES      Idade: 40 a  
Endereço.....: JADIER PEREIRA PONTES  
Bairro.....: CENTRO  
Cidade.....: ITAMBE  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA      UF.: PE      CEP: 55920000  
CID Principal.....:      Plano...: PLANO UNICO  
CID's Secundários.:  
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída.....: 05/09/2019      Hora Saída : 14:30

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12348  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Institute San Carlos de Guayaquil  
Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades  
MID - Bo. Polifonia Niza  
de Estudios Socioculturales

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

Página.: 0001

Data.: 05/09/2019

Hora.: 18:21

Aviso de Cirurgia : 59279

Paciente : 129134

Convênio Atend. : 1

Leito : 692

Dt. Início : 05/09/2019 17:40

Cid Pré-Operatório : S823

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

SUS - INTERNACAO

VERD2-16

Dt. Fim : 05/09/2019 18:15

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento : 493888

Carteira :

Idade : 40 Anos

Procedimento: 0406050543

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAOCIRURGIAO  
ANESTESISTA15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA  
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE**Descrição Cirúrgica :**

HD: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO

CIRURGIA: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO

CIRURGIÃO: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA

INSTRUMENTADORA: PIERLA

ANESTESISTA: DRA SYLVIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DOH SON RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS
4. APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO PELO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
6. CURATIVO ESTERIL

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

Guilherme Borba  
Médico  
CRM-PE 27.719

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA  
CRM : 15979

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

Página.: 0001

Data.: 18/09/2019

Hora.: 10:23

Aviso de Cirurgia : 59539

Paciente : 128134

Convênio Atend. : 1

Leito : 63

Dt. Início : 18/09/2019 08:32

Sala : 0002

SALA 02

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

SUS - INTERNACAO

ORTL-509-LEITO 003

Dt. Fim : 18/09/2019 10:22

Atendimento : 483888

Carteira :

Idade : 40 Anos

Cid Pré-Operatório : S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório : S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento: 0408050808

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO  
ANESTESISTA19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ  
9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA PILAO TIBIAL DIREITO

CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR TRANSARTICULAR+ RAFI COM PLACA "T" +PARAFUSOS

CIRURGIÃO:DR ANTONIO QUEIROZ

1º AUXILIAR:DR CAIO FRANCISCO

2º AUXILIAR:DR RENATO HOLANDA

3º AUXILIAR:DR PEDRO CUNHA

ANESTESISTA: DR JULIO MAIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. INCISÃO DE PELE NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO DE 7 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;

5. DISSECAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;

6. DISSECAÇÃO POR PLANOS;

7. PASSAGEM DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5 MM ROSCAS PARCIAIS COM ARRUELA EM MALÉOLO MEDIAL ;

8. INCISÃO DE PELE ANTEROMEDIAL DE 1 CM NA FACE ANTERIOR DO TORNOZELO; PASSAGEM DE 2 PARAFUSOS

CORTICAIS 3,5MM;

9. FIXADO COM PLACA 4,5 MM ESTREITA 3X8 FUROS, FIXADA COM 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS (1 ROSCA LONGA E 2 ROSCA CURTA) DISTALMENTE E 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMALMENTE, ALEM DE 1 PARAFUSO DE CORTICAL DE TRAÇÃO ;

10. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

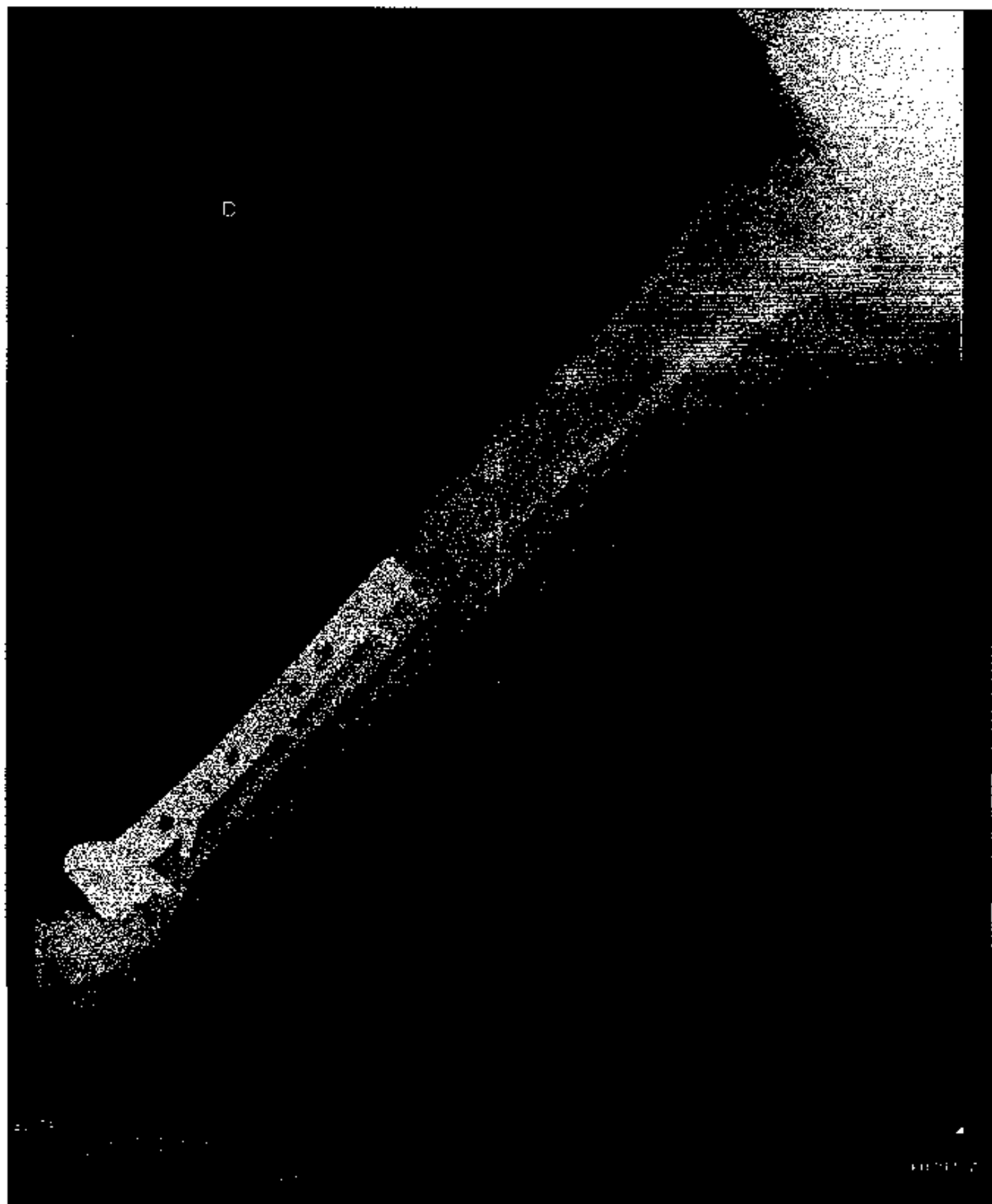
11. LIMPEZA COM SF 0,9%;

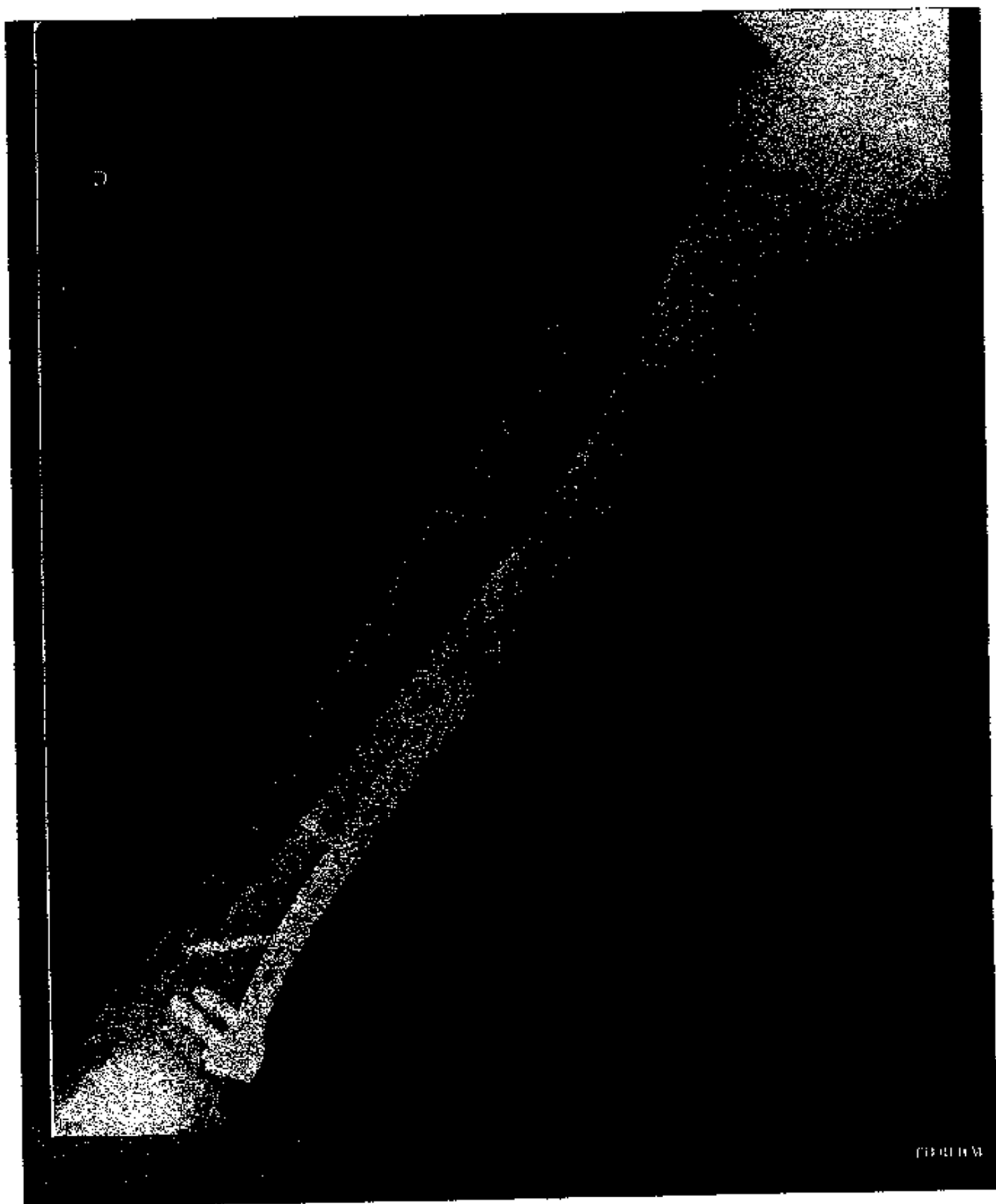
12. SUTURA POR PLANOS;

13. CURATIVO LOCAL;

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

DR(A) :





013 011 011

Serviço de Imagem:

Raios X  
Tomografia  
Endoscopia  
Ultrassonografia  
Cesariografias

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -  
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



[hma.imp.org.br](http://hma.imp.org.br)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO CAVALCANTE

DER-44



*Elieilson Cavalcante Fernandes*

CARTILHA DE IDENTIDADE

5836677

27.01.1997

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Elias Alves Fernandes e  
Maria de Fátima Cavalcante Fernandes

Goiana-PE

11.04.1979

C.N. 7524 P. 262-V L. 07-A Cart.  
de Goiana-PE.

*Assinatura*  
Sgt. José Urbano Correia do Amaral

IDENTIFICADORA

MINISTERIO DA JUSTICA  
Secretaria de Registro Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Nº de Inscrição

031687304-75

Data de Nascimento

11/04/79



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE  
PESSOAS FISICAS - CPF, válido a critério do fisco, salvo  
nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

*Assinatura*  
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

S  
E  
R  
P  
R  
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 18/08/87



00117A43



PC-100

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA  
R D G FERREIRA LIMA 127 CS  
CENTRO (PX CLUB  
55870-000 TIMBAUBA - PE



270819

Postagem: 27/08/2019

Vencimento: 05/09/2019

Emissão: 26/08/2019

Fechamento próxima fatura: 26/09/2019

Titular **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**  
Cartão **4642.XXXX.XXXX.5253**

**Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de compra e muito mais!**

vencimento

05/09/2019

A) pagamento total

680,19

B) pagamento mínimo

**102,03**

C) parcelas fixas

**42,87**  
**+23x 42,87**

Veja outras opções na 2ª folha

8) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor

**Limites de crédito R\$**

Limite total de crédito

5. 375.00

**Lançamentos: compras e saques**

**ELIMA (Etimología)**

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INDUSTRIA

DETRAN - PR Nº 014669135086  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1207271730 2018

SEMPRE EM NOVA

ITAMBÉ-PR

872.658.000 2018

\*\*\*\*\* 03-10-00000004F4008

PAS MOTONETA ALCO/GASOL

HONDA/CB 125 2018 2018

277/12401 PARTIC FRANCA

1 2018 2018

2 2018 2018

3 2018 2018

4 2018 2018

5 2018 2018

6 2018 2018

7 2018 2018

8 2018 2018

9 2018 2018

10 2018 2018

11 2018 2018

12 2018 2018

13 2018 2018

14 2018 2018

15 2018 2018

16 2018 2018

17 2018 2018

18 2018 2018

19 2018 2018

20 2018 2018





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190663207 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIEDILSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
FERNANDES

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

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.02/03/09/10/

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.12

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420625/19

**Vítima:** ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

**CPF:** 031.687.304-75

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 05/09/2019

**Titular do CPF:** ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

### ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES : 031.687.304-75

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019  
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA  
CPF: 048.735.444-32

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190663207 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIEDILSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
FERNANDES

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

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.02/03/09/10/

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.12

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

---

**Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190663207**

**Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**

**Data do Acidente: 05/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**

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

**Senhor(a), ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**

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, 13 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190663207**

**Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**

**Data do Acidente: 05/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004913**

**Conta: 0000010686-7**

**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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 031.687.304.75 3 - CPF da vítima: 031.687.304.75 4 - Nome completo da vítima: Eliechilson Cavalcante Fernandes

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

5 - Nome completo: Eliechilson Cavalcante Fernandes 6 - CPF: 031.687.304.75  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua B 9 - Número: 11 10 - Complemento: Falso  
11 - Bairro: Hambre 12 - Cidade: Hambre 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000  
15 - E-mail: ehdpvat@hotmail.com 16 - Telefone: (81) 9-9467948

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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

AGÊNCIA: 4913 CONTA: 10686 7

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, Titular, 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise ou recurso do pedido de cobertura 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 33, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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/foi nascituro? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, fazendo, neste, 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 - \_\_\_\_\_  
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

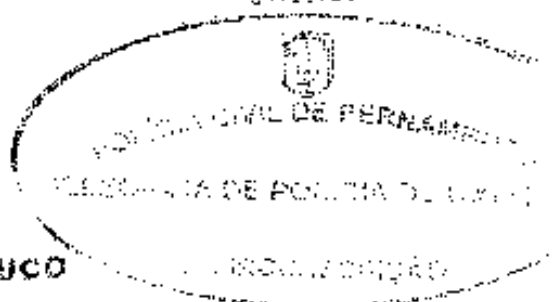
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Simbairá 18/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -  
DP49ªCIRC DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0139001399

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2019 às  
17:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 6/2/2012 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 61, RUA DO CEMITÉRIO DE ITAMBÉ (PLANALTO) - 5ª Zona, CENTRO ITAMBÉ, PERNAMBUCO BRASIL - Bairro de Referência: EM FRENTE Local do Fato: VIA PÚBLICA**

අනුමතය: 07/01/2023 දින ප්‍රකාශනය:

DESCONHECO (AUTOR TACENTE)  
ELIELSON LACAVANTE FERNANDES (OUTRA)

Obiecte(a) anexe(ite) de la: atârânda:

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEICULO (Caminho Verde), que estava em posse do Sr. ELIOZIR SOUZA  
CAVALCANTE FERNANDES

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

Qualificação Q2(s): PASSADIA, 1974-1975, 1976-1977, 1978-1979, 1980-1981, 1982-1983, 1984-1985, 1986-1987, 1988-1989, 1990-1991, 1992-1993, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2024-2025, 2026-2027, 2028-2029, 2030-2031, 2032-2033, 2034-2035, 2036-2037, 2038-2039, 2040-2041, 2042-2043, 2044-2045, 2046-2047, 2048-2049, 2050-2051, 2052-2053, 2054-2055, 2056-2057, 2058-2059, 2060-2061, 2062-2063, 2064-2065, 2066-2067, 2068-2069, 2070-2071, 2072-2073, 2074-2075, 2076-2077, 2078-2079, 2080-2081, 2082-2083, 2084-2085, 2086-2087, 2088-2089, 2090-2091, 2092-2093, 2094-2095, 2096-2097, 2098-2099, 2100-2101, 2102-2103, 2104-2105, 2106-2107, 2108-2109, 2110-2111, 2112-2113, 2114-2115, 2116-2117, 2118-2119, 2120-2121, 2122-2123, 2124-2125, 2126-2127, 2128-2129, 2130-2131, 2132-2133, 2134-2135, 2136-2137, 2138-2139, 2140-2141, 2142-2143, 2144-2145, 2146-2147, 2148-2149, 2150-2151, 2152-2153, 2154-2155, 2156-2157, 2158-2159, 2160-2161, 2162-2163, 2164-2165, 2166-2167, 2168-2169, 2170-2171, 2172-2173, 2174-2175, 2176-2177, 2178-2179, 2180-2181, 2182-2183, 2184-2185, 2186-2187, 2188-2189, 2190-2191, 2192-2193, 2194-2195, 2196-2197, 2198-2199, 2200-2201, 2202-2203, 2204-2205, 2206-2207, 2208-2209, 2210-2211, 2212-2213, 2214-2215, 2216-2217, 2218-2219, 2220-2221, 2222-2223, 2224-2225, 2226-2227, 2228-2229, 2230-2231, 2232-2233, 2234-2235, 2236-2237, 2238-2239, 2240-2241, 2242-2243, 2244-2245, 2246-2247, 2248-2249, 2250-2251, 2252-2253, 2254-2255, 2256-2257, 2258-2259, 2260-2261, 2262-2263, 2264-2265, 2266-2267, 2268-2269, 2270-2271, 2272-2273, 2274-2275, 2276-2277, 2278-2279, 2280-2281, 2282-2283, 2284-2285, 2286-2287, 2288-2289, 2290-2291, 2292-2293, 2294-2295, 2296-2297, 2298-2299, 2300-2301, 2302-2303, 2304-2305, 2306-2307, 2308-2309, 2310-2311, 2312-2313, 2314-2315, 2316-2317, 2318-2319, 2320-2321, 2322-2323, 2324-2325, 2326-2327, 2328-2329, 2330-2331, 2332-2333, 2334-2335, 2336-2337, 2338-2339, 2340-2341, 2342-2343, 2344-2345, 2346-2347, 2348-2349, 2350-2351, 2352-2353, 2354-2355, 2356-2357, 2358-2359, 2360-2361, 2362-2363, 2364-2365, 2366-2367, 2368-2369, 2370-2371, 2372-2373, 2374-2375, 2376-2377, 2378-2379, 2380-2381, 2382-2383, 2384-2385, 2386-2387, 2388-2389, 2390-2391, 2392-2393, 2394-2395, 2396-2397, 2398-2399, 2400-2401, 2402-2403, 2404-2405, 2406-2407, 2408-2409, 2410-2411, 2412-2413, 2414-2415, 2416-2417, 2418-2419, 2420-2421, 2422-2423, 2424-2425, 2426-2427, 2428-2429, 2430-2431, 2432-2433, 2434-2435, 2436-2437, 2438-2439, 2440-2441, 2442-2443, 2444-2445, 2446-2447, 2448-2449, 2450-2451, 2452-2453, 2454-2455, 2456-2457, 2458-2459, 2460-2461, 2462-2463, 2464-2465, 2466-2467, 2468-2469, 2470-2471, 2472-2473, 2474-2475, 2476-2477, 2478-2479, 2480-2481, 2482-2483, 2484-2485, 2486-2487, 2488-2489, 2490-2491, 2492-2493, 2494-2495, 2496-2497, 2498-2499, 2500-2501, 2502-2503, 2504-2505, 2506-2507, 2508-2509, 2510-2511, 2512-2513, 2514-2515, 2516-2517, 2518-2519, 2520-2521, 2522-2523, 2524-2525, 2526-2527, 2528-2529, 2530-2531, 2532-2533, 2534-2535, 2536-2537, 2538-2539, 2540-2541, 2542-2543, 2544-2545, 2546-2547, 2548-2549, 2550-2551, 2552-2553, 2554-2555, 2556-2557, 2558-2559, 2560-2561, 2562-2563, 2564-2565, 2566-2567, 2568-2569, 2570-2571, 2572-2573, 2574-2575, 2576-2577, 2578-2579, 2580-2581, 2582-2583, 2584-2585, 2586-2587, 2588-2589, 2590-2591, 2592-2593, 2594-2595, 2596-2597, 2598-2599, 2600-2601, 2602-2603, 2604-2605, 2606-2607, 2608-2609, 2610-2611, 2612-2613, 2614-2615, 2616-2617, 2618-2619, 2620-2621, 2622-2623, 2624-2625, 2626-2627, 2628-2629, 2630-2631, 2632-2633, 2634-2635, 2636-2637, 2638-2639, 2640-2641, 2642-2643, 2644-2645, 2646-2647, 2648-2649, 2650-2651, 2652-2653, 2654-2655, 2656-2657, 2658-2659, 2660-2661, 2662-2663, 2664-2665, 2666-2667, 2668-2669, 2670-2671, 2672-2673, 2674-2675, 2676-2677, 2678-2679, 2680-2681, 2682-2683, 2684-2685, 2686-2687, 2688-2689, 2690-2691, 2692-2693, 2694-2695, 2696-2697, 2698-2699, 2700-2701, 2702-2703, 2704-2705, 2706-2707, 2708-2709, 2710-2711, 2712-2713, 2714-2715, 27

Endereço: Prefeitura: MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 92, RUA JADIER PEREIRA PONTES  
(PLANATO) - CEP: 55920-000 - BARRIO: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO-BRASIL,  
PROXIMO AO FRIEIRILANDO

PROXIMO AO FREI ORLANDO  
DESCONHECIDO (não presente na planilha) - 900. Desconhecido - Nº 01/20  
Data de entrega: 01/11/2000 (30/11/2000) NÃO INFORMADO: PERNAMBUCO -  
BRASIL / 01/11/2000: DESCONHECIDO  
Endereço: Rua da Liberdade, 11, PERNAMBUCO - CEP: 55000-000 -  
Zona: CENTRO - ITAMBÉ PERNAMBUCO BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**, que estave em posse do(a) Sr(a): **ELIEDILSON CAVALCANTE**

Cur: **BRANCA - Quilômetro (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **BY27344** (PERNAMBUCO) (UNIDADE NÃO INFORMADA) Registro: **128337478**

Ano: **2018/2018**

Descrição: **MARLENE CORREIA DA SILVA**

### Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE SEGUIA NO LOCAL INDICADO QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO VINDO A SOLO, QUE DO LOCAL DO ACIDENTE A VITIMA FOI PARA SUA RESIDENCIA, E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL DE ITAMBÉ ONDE FORAM CONSTATADAS AS LESÕES PELO MÉDICO DR AMOR BARRETO DE CRUZ PE 24.752, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EN PAULISTA.

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

*ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES*

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES  
(VITIMA)

6. O registrado por: **JORGE JOSÉ DE OLIVEIRA - Matrícula 319261-8**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 031.687.304-75 3 - CPF da vítima: 031.687.304-75 4 - Nome completo da vítima: Eliechilson Cavalcante Fernandes

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

5 - Nome completo: Eliechilson Cavalcante Fernandes 6 - CPF: 031.687.304-75  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua B 9 - Número: 11 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Hambre 12 - Cidade: Hambre 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000  
15 - E-mail: ehdpvat@hotmail.com 16 - Telefone: (81) 9-9467948

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\$2.500,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 4913 CONTA: 10686 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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, e é somente após a ativação 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise ou recurso do pedido de cobertura 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 33, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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/foi nascituro? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, fazendo, neste, 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

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, Simbairá 18/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**ITAMBÉ**  
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ  
Secretaria de Saúde

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

**UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ**

Miguel Arão

Encaminhamento de:

Itambé

Para:

Ortopedia

Nome:

Eliedilson Cavalcante

Família Nº:

Fernandes

Consulta Médica



Serviço Complementar



Hospitalização



Motivo:

Paciente com fratura em re-  
gião de tornozelo (tíbio-társica) por aci-  
dente automobilístico, apresentando fratu-  
ra de tíbia ①.

Último Tratamento:

Senha: 5764275

Dr. Anom Barreto  
Médico  
CRM PE 24.758

Assinatura

05, 09, 19

Data

Retorno de:

Para:

Nome:

Família Nº:

Diagnóstico:

Orientação:

Assinatura

Data

# 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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000010686-7

---

Nr. da Autenticação 7F4D75BDD57B7E7B



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 114 - Boa Vista, Recife - PE CEP 51200-460  
CNPJ 06.928.660/0001-11 Tel. (81) 3423-0111 www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
EVERTON PEREIRA OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA 5

CPF: 010.123.4567

CPF: 010.123.4567  
TAMBEÉM  
00000-000

CLASSIFICAÇÃO  
PREFEITURA  
RESIDENCIAL

0487242020 10/2019  
23/10/2019 18/11/2019  
102,60

Endereço: Rua 5, 00000-000  
Cidade: Recife, PE  
CEP: 51200-460

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo de Energia	102,60 kWh		57,45
Imposto de Renda sobre Energia			1,79
Imposto de Renda sobre Energia			1,47
Imposto de Renda sobre Energia			0,71
Imposto de Renda sobre Energia			1,76
Imposto de Renda sobre Energia			1,47
Imposto de Renda sobre Energia			2,20
Imposto de Renda sobre Energia			1,47
Imposto de Renda sobre Energia			0,71

DATA	VALOR	DATA	VALOR
10/10/2019	57,45	10/10/2019	57,45
11/10/2019	1,79	11/10/2019	1,79
12/10/2019	1,47	12/10/2019	1,47
13/10/2019	0,71	13/10/2019	0,71
14/10/2019	1,76	14/10/2019	1,76
15/10/2019	1,47	15/10/2019	1,47
16/10/2019	2,20	16/10/2019	2,20
17/10/2019	1,47	17/10/2019	1,47
18/10/2019	0,71	18/10/2019	0,71

DATA	VALOR	DATA	VALOR
19/10/2019	57,45	19/10/2019	57,45
20/10/2019	1,79	20/10/2019	1,79
21/10/2019	1,47	21/10/2019	1,47
22/10/2019	0,71	22/10/2019	0,71
23/10/2019	1,76	23/10/2019	1,76
24/10/2019	1,47	24/10/2019	1,47
25/10/2019	2,20	25/10/2019	2,20
26/10/2019	1,47	26/10/2019	1,47
27/10/2019	0,71	27/10/2019	0,71

Observações: Este documento é uma cópia do original. O original é o documento físico emitido pela CELPE. Este documento não pode ser usado para fins legais. A CELPE não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento.

Observações: Este documento é uma cópia do original. O original é o documento físico emitido pela CELPE. Este documento não pode ser usado para fins legais. A CELPE não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento.

DATA	VALOR	DATA	VALOR
28/10/2019	57,45	28/10/2019	57,45
29/10/2019	1,79	29/10/2019	1,79
30/10/2019	1,47	30/10/2019	1,47
31/10/2019	0,71	31/10/2019	0,71



00111643



PC-00

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA  
R D G FERREIRA LIMA 127 CS  
CENTRO (PX CLUB  
55870-000 TIMBAUBA - PE



270819

Postagem: 27/08/2019

Vencimento: 05/09/2019

Emissão: 26/08/2019

Fechamento próxima fatura: 26/09/2019

Titular **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**  
Cartão **4642.XXXX.XXXX.5253**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de compra e muito mais!

vencimento

**05/09/2019**

A) pagamento total

**680,19**

B) pagamento mínimo

**102,03**

C) parcelas fixas

**42,87**  
**+23x 42,87**

Veja outras opções na 2ª folha

8) Pagamento mínimo: optando  
por pagar quantia entre o valor

**Limites de crédito R\$**

Limite total de crédito

R\$ 303,00

**Lançamentos: compras e saques**

ELIMA / R\$ 100,00

**VISA****Resumo da fatura em R\$**

Total da fatura anterior	882,81
Pagamento efetuado em 05/08/2019	- 882,81
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	680,19
<b>Total desta fatura</b>	<b>680,19</b>

**Atenção:** em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

PROIBIDO PLASTIFICAR

1756882390

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1756882390

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

CPF: 6425924 SSP PE

CPF: 048.735.444-32

DATA NASCIMENTO: 23/01/1984

RELACIONADO A: JOAO CARLOS FERREIRA LIMA

RELACIONADO A: GISELA MARIA GOMES FERREIRA LIMA

PERMISSÃO: AC

CAT: N/A

DATA EMISSÃO: 02/05/2003

LOCAL: TIMBAUBA, PE

DATA EXPIRAÇÃO: 29/01/2019

PERNAMBUCO

20055603546

PERNAMBUCO

20055603546

20055603546

20055603546

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

**INFORMAÇÕES 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edward F. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.335.444/32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Diegoilson Cavalcanti Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.687.304/75 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Diegoilson Cavalcanti Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, 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 Geraldo Ferreira Lima</u>		Número <u>104</u>	Complemento <u>Casa</u>
Barrio <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email <u>eholpeat@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9 97167948</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9 163 6662</u>

Timbaúba, 18 de Novembro de 2019  
Local e Data

Edward F. Lima  
Assinatura do Declarante