

6.784.003 25/06/2012

<< ADELSON JOSÉ DE OLIVEIRA >>

<< ADELTO JOSÉ DE OLIVEIRA >>

<< MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA >>

CLIMARU - PE 21/04/1983

<< CN.5.095 L.7-A F.56 CART.2ºDIET. CLIMARU-PE 06-04-2000 >>

045.888 214-80

EC-5



Adelson José de Oliveira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667114 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E NEURÓLISE) E ALTA MÉDICA. PÁG 10/11/15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667114 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E NEURÓLISE) E ALTA MÉDICA. PÁG 10/11/15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667114

Vítima: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667114

Vítima: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

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 dos punhos
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: **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004752**

Conta: **000000000681-7**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 045.888.914.80 4 - Nome completo da vítima: Adeilson José de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Adeilson José de Oliveira 6 - CPF: 045.888.914.80
 7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua Cicero Augusto da Silva 9 - Número: 327 10 - Complemento: 1º andar
 11 - Bairro: Cidade Jardim 12 - Cidade: Parauapeba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55032-210
 15 - E-mail: macedo8543@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99907-7180

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\$1.000,00 ☐ 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 as contas abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 4752 CONTA: 00000681 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
 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 tenho 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Cid) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 herdeiros (se vivos)? ☐ 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Parauapeba, 27/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adeilson José de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

CAIXA
Banco Brasileiro de Seguros

AUTOMATIZADO - AG. NUNTA VITATION

DATA: 27/11/2015

HORA: 12:30:10

TERMINAL: 27701004

CONTROLE: 27701004000

AGENCIA: 4752 - SALGADO

CONTA: 411 - INDEPENDENT

CLIENTE: ADELSON JOSE DE OLIVEIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDO DE FOLHA PARA DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2015

SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DATA

VALOR

16/11

1,570

RESUMO EM 20/11

SALDO

1,57

RESUMO DO DIA

SALDO COM LIMITE

1,570

SALDO TOTAL

1,570

"Podeu autenticar a transação, consulte o site
potencial.com.br ou ligue 0800 11 1111"



2011/11
9 4708.1980

nd

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179001863

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/08/2019 às 15:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
25/7/2019 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CLETO CAMPELO, 01** - Bairro: **NOSSA SENHORA DAS
DORES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DE
OLIVEIRA** Pai: **ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **21/4/1983** Naturalidade: **CUMARU / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **6784003/SDS/PE (RG), 04588891480 (CPF), 02747559457 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares:
- 81991091630

Endereço Residencial: **AVENIDA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327, RUA CICERO ARAÚJO DA SILVA, BAIRRO
CIDADE JARDIM, 1º ANDAR, - CEP: 0 - Bairro: CEDRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

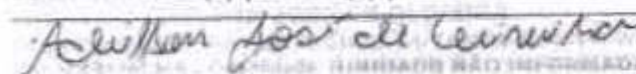
Placa: **OYT0204 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PCL3075** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **111671314** Chassi: **9C6RG3120H0022718**Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**Descrição: **MOD. YBR 150 CC,****Complemento / Observação**

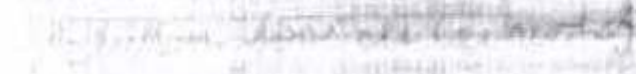
ESCLARECE AVÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA RUA CLETO CAMPELO NO CRUZAMENTO COM AV. AGAMENON MAGALHÃES, NO CENTRO DE CARUARU-PE., NÃO DEU PARA EVITAR UM ACIDENTE, UMA VEZ QUE UMA PESSOA DESCONHECIDA DE SEXO MASCULINO QUE CONDUZIA O AUTOMÓVEL DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS, AVANÇOU O SINAL VERMELHO, TENDO COLIDIDO NO LADO DIREITO DO AUTOMÓVEL DO MESMO, TENDO CAÍDO, RESULTANDO SUA MOTO DANIFICADA E SUA PESSOA LESIONADA, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA A UPA DO ESTADO DESTA CIDADE, ONDE FOI PONTEADO NO QUEIXO, ONDE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS FOI TRANSFERIDO PARA O HRA DE CARUARU-PE., ONDE PERMANECIU INTERNADO TRÊS DIAS DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS-PE., ONDE FOI CIRURGIADO NO BRAÇO ESQUERDO; NÃO SABENDO SE O AUTOR DESCONHECIDO QUEM SOLICITOU A DESTRA E SAMU QUE CHEGARAM AO LOCAL NO MOMENTO, INCLUSIVE, O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL PERMANECIU NO LOCAL, ELE ESTAVA UTILIZANDO O FARDAMENTO E AUTOMÓVEL A SERVIÇO DA CELPE. OBS.: A VÍTIMA NO MOMENTO AINDA ESTAR EM RECUPERAÇÃO E NÃO APRESENTOU AINDA NENHUM DOCUMENTO DA UPA, DO HRA E HOSPITAL JESUS PEQUENINO. OBS.: NO LOCAL DO OCORRIDO HÁ CÂMERAS DE MONITORAMENTO.

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

**ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**
(VÍTIMA)B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**

ESCLARECE AVÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA RUA CLETO CAMPELO NO CRUZAMENTO COM AV. AGAMENON MAGALHÃES, NO CENTRO DE CARUARU-PE., NÃO DEU PARA EVITAR UM ACIDENTE, UMA VEZ QUE UMA PESSOA DESCONHECIDA DE SEXO MASCULINO QUE CONDUZIA O AUTOMÓVEL DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS, AVANÇOU O SINAL VERMELHO, TENDO COLIDIDO NO LADO DIREITO DO AUTOMÓVEL DO MESMO, TENDO CAÍDO, RESULTANDO SUA MOTO DANIFICADA E SUA PESSOA LESIONADA, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA A UPA DO ESTADO DESTA CIDADE, ONDE FOI PONTEADO NO QUEIXO, ONDE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS FOI TRANSFERIDO PARA O HRA DE CARUARU-PE., ONDE PERMANECIU INTERNADO TRÊS DIAS DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS-PE., ONDE FOI CIRURGIADO NO BRAÇO ESQUERDO; NÃO SABENDO SE O AUTOR DESCONHECIDO QUEM SOLICITOU A DESTRA E SAMU QUE CHEGARAM AO LOCAL NO MOMENTO, INCLUSIVE, O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL PERMANECIU NO LOCAL, ELE ESTAVA UTILIZANDO O FARDAMENTO E AUTOMÓVEL A SERVIÇO DA CELPE. OBS.: A VÍTIMA NO MOMENTO AINDA ESTAR EM RECUPERAÇÃO E NÃO APRESENTOU AINDA NENHUM DOCUMENTO DA UPA, DO HRA E HOSPITAL JESUS PEQUENINO. OBS.: NO LOCAL DO OCORRIDO HÁ CÂMERAS DE MONITORAMENTO.

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

**ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**
(VÍTIMA)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.888.914.80 4 - Nome completo da vítima: Adeilson José de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRALIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Adeilson José de Oliveira 6 - CPF: 045.888.914.80
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua Cicero Augusto da Silva 9 - Número: 327 10 - Complemento: 1º andar
11 - Bairro: Lida de Jardim 12 - Cidade: Patos de Minas 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55032-210
15 - E-mail: macedo8543@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (71) 99907-7180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 4752 CONTA: 00000681 7

☐ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data da morte 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 herdeiros? ☐ 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 situação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

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

40 - Local e Data: Patos de Minas, 27/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Adeilson José de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000000681-7

Nr. da Autenticação 0E9B2350DE3DA2E3

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUR. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josilene Feneira Macedo
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874, 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Adelson José de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.888.914/80
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adelson José de Oliveira
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.888.914/80, 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 Antenor Navarro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Petropolis</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedo.jf43@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-210</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 98907-7180</u>

Local e Data:

Caruaru 27/11/2019

Josilene Feneira Macedo
 Assinatura do Declarante



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**

Atendimento: 01261838

Nome Social:

Data Nascimento: 21/04/1983

Idade: 36 Anos, 3 Meses e 4 Dias

Prontuário: 00125026

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0039

Data e Hora: 25/07/2019 11:52h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VÔMITO OU DESMAIO. LACERAÇÃO EM MENTO PROVAVEL. SULTURA.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 70 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISAO MOTO-CARRO) COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HA 3 HORAS

Exame Físico:

DOR + EDEMA EM PUNHO ESQUERDO

Exames complementares:

RX PUNHO ESQUERDO EVIDENCIA FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

HDI:

FRATURA DE RADIO DISTAL

Conduta:

TRANSFERENCIA PARA SERVIÇO DE REFERENCIA (HRA) - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA

Evolução:

Dr. Túlio Porto

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PE 24080

Ass. do Médico

Dr(a): TULIO PORTO FERREIRA

CRM - 24080



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**

Atendimento: 01261838

Nome Social:

Data Nascimento: 21/04/1983 Idade: 36 Anos, 3 Meses e 4 Dias

Prontuário: 00125028

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0039

Data e Hora: 25/07/2019 09:23h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VÔMITO OU DESMAIO. LACERAÇÃO EM MENTO PROVAVEL. SULTURA

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 70 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

pct vítima de colisão moto vs carro, apresenta laceração em mento + trauma de punho esq a/e

Exame Físico:

beg. cote. eupneico, corado, g15

ar e acv: normal

Exames complementares:

HD:

politrauma

Conduta:

ao ortopedista

Evolução:

Dr. Johnatan Vilela
Médico
CRM: 25471

Ass. do Médico
Dr(a) JOHNATAN VILELA SOUZA
CRM: 025471



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**

Atendimento: 01261838

Nome Social:

Data Nascimento: 21/04/1983 Idade: 36 Anos, 3 Meses e 4 Dias

Prontuário: 00125026

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0039

Data e Hora: 25/07/2019 15:43h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VOMITO OU DESMAIO. LACERAÇÃO EM MENTO PROVAVEL SULTURA.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 70 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

OPD / HDA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISAO MOTO-CARRO) COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HA 3 HORAS

Exame Físico:

DOR + EDEMA EM PUNHO ESQUERDO

Exames complementares:

RX PUNHO ESQUERDO EVIDENCIA FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

HO:

FRATURA DE RADIO DISTAL

Conduta:

TRANFERENCIA PARA SERVIÇO DE REFERENCIA (HRA) - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA

Evolução:

Ass. do Médico
Dr(a): **CLETON DOS ANJOS OLIVEIRA**
CRM - 20381

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ADELSON JOSE DE OLIVEIRA
 Data Nas.: 21/04/1988 Idade: 38 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião:
 CPF: 04588891-48 RG: 8784003
 Endereço: RUA CICERO ARAUJO DA SILVA
 Bairro: CIDADE JARDIM Cidade: CARUARU Nº: 329
 CEP: 35024000 Fone: 981054211 Estado: PE
 Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA Profissão: VIGILANTE
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/07/2019 15:21

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Acumulado com dor no abdome
nao e com febre de 38°C*

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Rx do Punho AP, P
Rx do Ombro E AP, P
Rx do Torax

Prescrição

Dieta:

Data:

Horário

Tratamento com analgésico e anti-inflamatório
Tratamento com antibiótico
Tratamento com suporte de hidratação
Tratamento com suporte de nutrição
Tratamento com suporte de oxigenação
Tratamento com suporte de monitorização

10

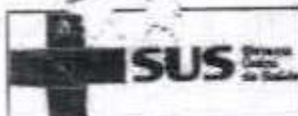
[illegible]

Signature _____

Assinatura

Data: Hora: Medico: CRM:

Usuario do Atendimento
 SIMONESE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA	6 - Número do Prontuário 76204			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700404901710843	8 - Data Nascimento 21/04/1983	9 - Sexo FEMININO 3	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA	12 - Telefone de Contato 81.91091630			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327 () - CIDADE JARDIM			
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
Queda de moto evoluída com
trauma em membro esquerdo

21 - Condições que justificam a internação

cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Rx + Ex clínico

23 - Diagnóstico Inicial Fr. Rádio distal (E)	24 - CID 10 Principais S52.5	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 04.05.00.00.1
PROCEDIMENTO SOLICITADO 04.08.01.090.1			28 - Código do procedimento 04.08.01.090.1
27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	30 - Caráter de Internação urgência	31 - Documento () CNS (X) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 0404041452
29 - Clínica Ortopedia	33 - Nome do Profissional Solicitante Victor Soares	34 - Data da solicitação 25/04/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do Conselho) Médico CRM-PE: 28273

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho atípico			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerro Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910546239-1
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 26/04/19
Hospital Jesus Pequeno José Lourenço dos Santos

Assistente Social
CRESS 10150

Prefeitura Municipal de Bezerro
Secretaria Municipal de Saúde
Dr. Mauricio Cabral da Silva
CRM Nº 23.493
Médico Autorizador

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-03
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 552607 Data: 28/07/2019 Hora: 9:29
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. VICTOR SOARES G. DA SILVA

Recép.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 700404901710843
Identidade:
Cartão SUS: 700404901710843

Paciente: 76204 ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA
Nascimento: 21/04/1983 - 36 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F.: 045.888.914-80
Identidade: 6784003 SDS PE
Telefone: 81.91091630
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: CUMARU

Obs.: SENHA ORT. 801584

Queixa do Paciente:

trauma pulso (E)
dor em pulso (E)

HDA:

trauma em pulso (E) após queda
de moto

Exame Físico:

exame

H.D.:

rx rádio distal (E)

Tratamento:

(1) Analgesia + ag cirurgia

Bezerros, 28 de julho de 2019

Assistente Social
Contendo Com Documento
Original Bezerros PE 26/07/19
Hospital Jesus Pequeno

Paciente Necessita de Acompanhante
Dr. Victor Soares
Médico
CRM-PE 22273
Simone
Acompanhante

Dr. Victor Soares
Médico
CRM-PE 22273

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-0
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICAAtendimento: 552607 Data: 28/07/2019 Hora: 9:29
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. VICTOR SOARES G. DA SILVARecepç.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 700404901710843
Identidade:
Cartão SUS: 700404901710843Paciente: 78204 ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA
Nascimento: 21/04/1983 - 36 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327
Bairro: CIDADE JARDIM CEP:
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU UF: PE
Pai: ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILSexo: FEMININO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F. 045.888.914-80
Identidade: 6784003 SDS PE
Telefone: 81.91091630
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: CUMARU

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado ☒ Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 h
() Assinou o termo**Alta Hospitalar**

Data: 28/07/19

Médico:

Assinatura / CRM

José Lourenço V. Costa
Ortopedista - Ortopedia
CRM-PE 5553**Observação**28/07/19
Linha de curtos
e praxia
José Lourenço V. Costa
Ortopedista - Ortopedia
CRM-PE 5553**Transferência Hospitalar**

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

DiagnósticosDiagnóstico Provisório: Fratura com
contusão na região da

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Óbito

Data: / /

Médico:

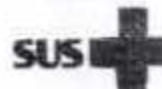
Assinatura / CRM

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 26/07/19
Hospital Jesus PequenoJosé Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

Diagnóstico Definitivo:



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO



EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 28/07/19

ENF.: _____

NOME: Adilson José de Oliveira

IDADE: _____ Admissão: 1/1/19

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura de Punho "E"

ANTIBIÓTICOS: Ø

SSVV: PA: ☒ NORMOT. () HIPERT. () HIPOT.

TEMP.: ☒ NORMAL () EPISÓDIO DE FEBRE

HGT: _____

ALERGIA: ☒ NÃO () SIM

NUTRIÇÃO: ☒ AVO () SNE () SNG () NPT () GTT () Zero ACESSO VENOSO: () NÃO ☒ PERIF. () CENTRAL

EVACUAÇÕES: ☒ Sim () Não DIAS DIURESE: ☒ Sim () Não

ÚLCERA DE PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO PROFILAXIA TVP: () Sim ☒ Não

QUEIXAS: Ø

EXAME FÍSICO:

Geral: ☒ EG BOM () EG REGULAR () EG RUIM () EG GRAVISSIMO

☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE

() FEBRIL ☒ AFEBRIL

☒ NORMOCORADO () HIPOCORADO

☒ HIDRATADO () DESIDRATADO

() ANICTÉRICO () ICTÉRICO

☒ EUPNEICO () DISPNEICO

() ALTERAÇÕES: _____

Glasgow _____ + _____ + _____ = _____ PA: _____ FC: _____ Sat: _____ FR: _____

Ventilação: ☒ AR AMBIENTE () O2 / () CATETER () VENTURI _____ % _____ L/min () TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular: ☒ RCR EM 2T; BNF S/SOPROS. () ALTERAÇÕES: _____

Respiratório: ☒ MV+ EM AHT S/RA. () ALTERAÇÕES: _____

Abdome: ☒ PLANO; () SEMIGLOBOSO; () GLOBOSO; () INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG;

RHA ☒

() ALTERAÇÕES: _____

Membros: ☒ SEM EDEMA () COM EDEMA

PERFUSÃO PERIF.: ☒

() ALTERAÇÕES: _____

IMPRESSÃO E CONDUTA:

Admissão

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 261119
Hospital Jesus Pequenininho

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social

CPA-PE-26273

Victor Soares
Médico
CPA-PE-26273

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA	NUMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRACHIAL	DR. PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 29/07/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA METAFISÁRIA DISTAL DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + DESBRIDAMENTO + NEURÓLISE	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + NEURÓLISE + DESBRIDAMENTO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
<p>CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE.</p> <p>REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE RÁDIO COM REDUÇÃO ORIENTADA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE KIRSCHNER SOBRE IMAGEM RADIOGRÁFICA, UTILIZAMOS O FIO TRANSVERSO EM NÍVEL DE FRATURA DISTAL RÁDIO UNAR PARA CONSTRUÇÃO CAPSULIGAMENTAR DA REFERIDA ARTICULAÇÃO.</p> <p>DESBRIDAMENTO + NEURÓLISE</p> <p>LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA</p> <p>CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR</p>	

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

Contendo Com Documento
Original Bezerras PE 26449
Hospital Jesus Paquetino

José Lourinaldo dos Santos
Assistente Social
CRM 30150

Anestesia: Sedação

Nome: Adilson José de Oliveira do Registro 76204 Nº. na Clínica: _____

Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 36 Sexo: M Cor: P

Operador: Dr. João Hamilton Assist.: _____ Anestesista: Dr. Fúselia

Diag. Preop.: fratura de rádio distal esqu Diag. Pósop.: o mesmo

Op. Proposta: fixação Op. Realizada: a mesma

Premedicação: MDZ 2 Hora: 14:10 Resultado: (MO 1-2-3) 1 (AO 1-2-3) 1

FGN 100mg

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO	AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO	AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO	AGENTES	DOSE	HORA	EFEITO
PR	120	14:10		PR	120			PR	120			PR	120		
V	38			V	38			V	38			V	38		
PULSO	36			PULSO	36			PULSO	36			PULSO	36		
ANES	34			ANES	34			ANES	34			ANES	34		
OP	32			OP	32			OP	32			OP	32		
TEMP	38			TEMP	38			TEMP	38			TEMP	38		
ASPR	30			ASPR	30			ASPR	30			ASPR	30		
RESPI	20			RESPI	20			RESPI	20			RESPI	20		

ECC RSL
SALOR 100%

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
1. Midazolam 2mg		vet dilado MCE
2. Fentanyl 100mcg		Medicação c/ (A) + (B)
3. Propofol 200mg		10ml de solução
4. Fentanyl 10mcg		anestesia 2
5. Oxidril 10g		
6. Naloxona 1mg		
7. Fentanyl 40mcg		
LÍQUIDOS		
Dipriona 2g		
SG 97.1		
TOTAL		30'

ANOTAÇÕES:

Perda 3

CÂMULA - NASOGASTRO FÁRINGEA
NASOGASTROTRÁQUEAL - CEDA
BAL - TAMPA - CALIBRE DO TUBO
SOB - MÁSCARA
DIFICULDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

OPERAÇÃO: fixação de fratura de rádio distal esqu

ANESTESISTA: Dr. Fúselia CIRURGIÃO: Dr. João Hamilton

PERDA SANGÜÍNEA: _____

Expedido Com Documento
Assinatura Social
Instituto Alcides d'Andrade Lima
Hospital Jesus Pequeno



HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

Sala 3

COMANDA 498287

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Adilson José de Oliveira Registro Nº. 76204
Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 25 / 07 / 19
Cirurgia: Fnat. Punha (C) Cirurgião: Dr. João
Anestesia: Sedação Anestesista: Dr. Priscila
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausedron	01 amp
Água Destilada	01 amp	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cediladine		Omeprazol	
Cisatracura		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	01 und
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	01 amp	Reviven	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	02 amp	Rocafin 1g	
Dimorf 0.1		Servofurano	
Dolantina		Sintocinon	
Domonid		Soro Fisiológico 500 ml	01 und
Eforil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Tansamin	
Fentanil 5ml		Tenoxicam	01 amp
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortizona 100mg		Voluvem	
Hidrocortizona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Imvelon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	01 amp	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcalna c/s		Aguha desc. 25x7/40x12/0.45x13	03
Marcalna s/s		Aguha de Plexo	
Marcalna Pesada		Aguha Raque	
Mathergin		Algodão Hidrófilo	

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 26/11/19

Hospital Jesus Pequenininho

José Lourenço dos Santos

Assistente Social
CRP 000.10150



REF 32015E
LOT 16343
Reg. ANVISA: 13205780612

1,5

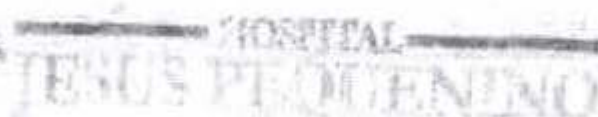


REF 31020E
LOT 22310
Reg. ANVISA: 13205780612

2,0

Especificação	Quant.	Espe	Quant.
Algodão Ortopédico	02 und.	Fio de Algodão	
Atadura Crepe 10cm x 15cm ³	05 und.	Fio de Aço	
Atadura Gesso		Fio Kirschner 2.0 2 1,5 1	03 und.
Azul de Metileno		Fio Maleável	
Bolsa p/ Colostomia		Monocryl	
Cateter Nasal	01 und.	Mononylon	
Clamp Umbilical		Polycot	
Coletor Sistema Aberto		Propylene	
Coletor Sistema Fechado		PDS	
Comp. Cirúrgica	10 und.	Seda	
Dreno de Sucção		Vieryl	
Dreno Penrose		LÍQUIDOS	
Dreno Tórax		Água Oxigenada	100 ml
Eletrodos	05 und.	Alcool à 70%	100 ml
Equipo Macro Gotas		Glutaraldeído	
Escova de Degermação	03 und.	Éter	50 ml
Esparrapado	TX	Formol	
Esparrapado Micropore		Clorexidina Degermante	100 ml
Gase 7x5x7,5	03 und.	TAXAS	
Nauseaon		Oxímetro de Pulso	TV
Infusor p/soluções Parenterai 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jelco		Desfibrilador	
Liga Clip		Monitor	TV
Lâmina Bisturi			
Látex 204		OXIGÊNIO	TV
Luva Estéril 7 ¹ / 7,5 ¹	02 pares	Das às	
Luva Descartável	06 pares		
Máscaras	02 und.		
Polifix			
Pró-Pés	03 pares		
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc	04 und.		
Seringa 05 cc			
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc	02 und.		
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda 3v n°			
Transfix			
Pulseiras de RN			
Toucas	03 und.		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			
CatGut Crom c/a			

Simply Maria da Silva Prado
COREN-PE 783488 - TE



NOTE: Dull's gun juv - no Stiffness

REG.: 76204

DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1983

DATA DA CIRURGIA: 29 / 04 / 2015

DIAGNÓSTICO: Fractura con con E. de la
Cuna, Vntf1 - C12 3. 526

TRATAMIENTO: Cefepim y piperacilina

12 08 1964

MOTIVO DO RETORNO: De 2 meses e poucos
M 50
de uma mulher por falta
de 90 dias

[illegible]

ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

F

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

21/04/1983

Punho - 2 vistas

ID: 342393

Ac. Nb: 295244

Male

Acq: 11/09/2019

38 Years

Acq: 21:00:18

ESQ

10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 25,18%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (1792x2392)

Series Nb: 1

PA

