



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
SMTA-TE N. 1116713141 DATA 15/02/2013

N. 014483565873

ADRIELSON JOSÉ DE OLIVEIRA

CARUARU-PE

045.889.814-80

PEL3673

PLACA N. 045.889.814-80  
MARCA: YAMAHA / CÓDIGO: SCERG3120H0022718

PERMISÃO DE MOTO/CICLUTA/MOTO-TAN ALCO/GÁSOL

MARCA/Modelo: YAMAHA/VERISIO FACTOR ED  
ANO FABR. 2017 ANO FISCAL 2017

CAT. FOL. 09 CATEGORIA: ALUGUEL USO PREDOMINANTE: VERMELHA

PERÍODO DE VENCIMENTO: 15/02/2018 QUATRO ANOS  
PREMIO: 40,06

PREMIO TOTAL: 40,06 DATA DE VENCIMENTO: 15/02/2018

SEM RESERVA

Roberto Carlos Moreira Fontenelle

Presidente PERNAMBUCO

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N. 014483565873 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADRIELSON JOSÉ DE OLIVEIRA

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

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE

PERÍODO

2013

DATA EMISSÃO

15/02/13

1 045.889.814-80 PEL3673

ADRIELSON 1116713141 MARCA/Modelo: YAMAHA/VERISIO FACTOR ED

ANO FABR. 2017 ANO FISCAL 09 CÓDIGO: SCERG3120H0022718

PRÉMIO TARIFÁRIO

35,05 4,01 40,06

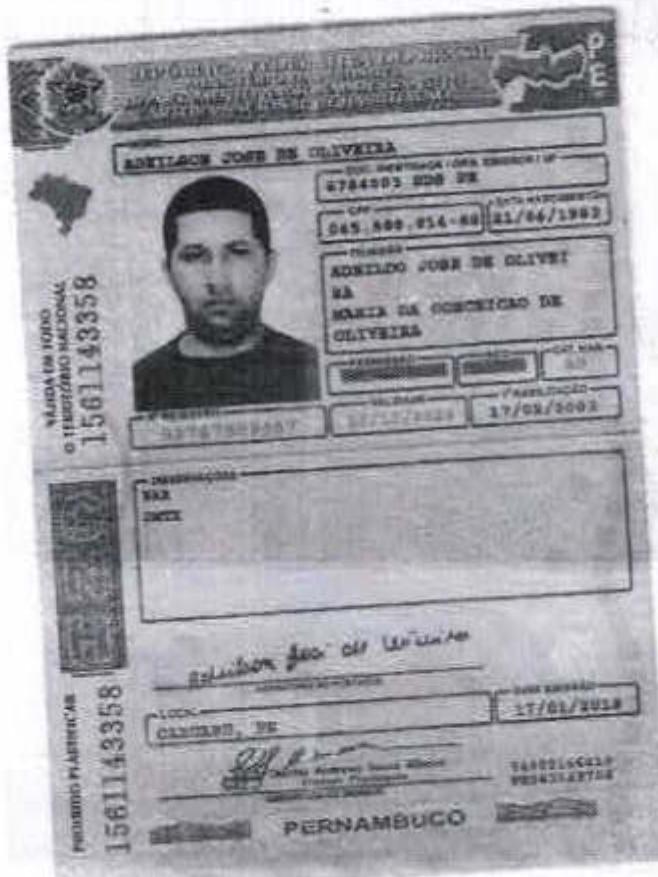
CÓDIGO BILHETE N. 4.18 0,32 44,38

DATA DE VENCIMENTO: 12/02/13 PAGAMENTO: PAGAMENTO: 12/02/13

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 25.252.818/0001-04

SERVIÇOS E SUAOS E SEUS SERVIÇOS  
SÓLICITAR A SEU SEU CERTIFICADO.







# 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 - OSTEOSÍNTSE (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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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 - OSTEOSSÍNTSE (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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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.

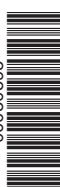
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NPF do Víctima ou ASL: 3 - CPF da Víctima: 045.888.914.80 4 - Nome completo da víctima: Adelison José de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍCTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Adelison José de Oliveira 6 - CPF: 045.888.914.80  
 7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua Eicena Araújo da Silva, 327 9 - Número: 327 10 - Complemento: 1º andar  
 11 - Bairro: Fazenda Jardim 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55032-000  
 15 - E-mail: mrsedrao7543@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99907-7180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍCTIMA/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:

REUSO 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. Ativite uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 4752

CONTA: 00000681

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito de verificação)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automóvel, 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

24 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúva	24 - Onte da morte da vítima:					
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou herdeiros (filhos/namorados):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta relação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da imputabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

Caruaru, 07/11/2019

Adelison José de Oliveira

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

AUTOMATIZAMENTO - Ag. Nossa Senhora da Cachoeira

DATA: 27/01/2011

HORA: 12:30:15

TERMINAL: 7701024

CONTROLE: 270104233

AGENCIAS: 4757 - SALGADO

CONTA: 01 - Passivo

CLIEENTE: ROHILSON JESÉ DE OLIVEIRA

SALDO PARA CONSULTA CONFERENCIA

SALDOS DE PAGAMENTO POR DATA E LIMITE

DISPONIVEL: R\$ 1.570,00 A PARTIR DE 04/02/2011

SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DATA:

16/01

VALOR:

1.570

REGISTRO: 26/01

SALDO:

1.57

REGISTRO: 01/02

SALDO: 01/02 LIMITE:

1.570

SALDO TOT.

1.570

"Todos os dias é dia de PAGAR, comodato é dia de PAGAR! Comente o saldo no telet"





2908-1980

nd

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DESESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089º CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ºCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

## 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 - Culposo (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 PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DESESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEÍCULO: (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 Mão: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

Endereço Residencial: AVENIDA CICERO ARAÚJO 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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO

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

Placa: OYT0204 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

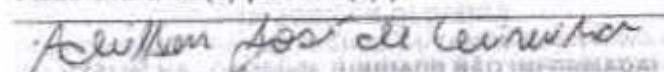
MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA, que estava em posse

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 PERMANECEU 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 PERMANECEU 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



(Assinatura não identificada)

**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 PERMANECEU 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 PERMANECEU 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



(Assinatura não identificada)

**ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA****(VÍTIMA)**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº doidente ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **045.888.914.80 | Adelison José de Oliveira**

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

5 - Nome completo: <b>Adelison José de Oliveira</b>	6 - CPF: <b>045.888.914.80</b>		
7 - Profissão: <b>Motorista</b>	8 - Endereço: <b>Rua Poco das Laranjeiras 327</b>	9 - Número: <b>327</b>	10 - Complemento: <b>1º andar</b>
11 - Bairro: <b>Centro</b>	12 - Cidade: <b>Patu</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>55032-220</b>
15 - E-mail: <b>adelsoliveira85@gmail.com</b>	16 - Tel. (DDD): <b>(81) 99907-7180</b>		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4752**

CONTA: **00000681**

7

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autóriso à Seguradora Líder a crediar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me 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 recusamento 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 OVI)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

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: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros (filhos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Líder ouvirá, caso devida, a intenção do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta intenção, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da imputabilidade criminal em 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)

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

Assinatura da testemunha

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

*Patu, 27/11/2019*

*Adelison José de Oliveira*

*Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. ADEILSON JOSÉ DE OLIVEIRA portador do CPF: 045.888.914-80 e RG: 6.784.003 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1907250062 do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 25/07/2019 às 08h e 12min, no endereço RUA FREI CANECA, CENTRO, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X CARRO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para UPA ESTADUAL.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 06 de Agosto de 2019.

*Adelison José de Oliveira*  
Adelison José de Oliveira, CPF: 045.888.914-80 e RG:

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

CENTRO, CARUARU-PE com queixa de COLISÃO MOTO X CARRO. Início  
Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste em 06/08/19

*Adelison José de Oliveira*

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

# 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: 00000000681-7

---

Nr. da Autenticação 0E9B2350DE3DA2E3



Claro-

CHINESE-ENGLISH

ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA  
R CICERO ARAUJO DA SILVA 327  
AP1 ANDAR CIDADE JARDIM  
55021-330 CARUARU PE

卷之三

DATA DE VENCIMENTO: 2019-08-10 DATA DE POSTAGEM: 2019-08-10



Приложение 10 к постановлению № 10/14  
от 10.09.2014 г.  
Министерство  
финансов Российской Федерации  
Приказ оценщика № 10/14  
Единая государственная система оценки

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado R\$ 29,99  
Total R\$ 29,99

Período de Uso:  
de 15/08/2019 a 11/09/2019

Vencimento  
02/10/2019

**i Piano Contratado** 81 99109 1637  
Musa Comunicações Mkt  
Aplicativo Digital  
Giga Controle 1GB + Minutos Ilimitados (159)  
Descontos Cham. Controle 1GB + Minutos Ilimitados (159)  
Serviços inclusos no seu Piano  
Pacote de Dados Controle 1GB

Valor RS

Sub Total - Plano Contratado R\$ 29,99  
Total a Pagar R\$ 29,99

15 29,99

Prezado Cliente,  
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

The logo of the Brazilian Association for Standardization (ABNT), featuring the acronym ABNT inside a circular border with the text "ABNT" in the center.

Par ailleurs, nous trouvons à Léopold une inclinaison à l'écriture qui résulte aussi des entraînements et préformes romanes. Comme dans les premiers FEF, à FEF 11, 125 à 0,25, de même que dans les deux derniers fragments de la partie 1, vers 110-111, on peut observer une répétition de la phrase. C'est le cas dans le fragment de l'heure 111, 1-14, lorsque, au bout de 12 lignes, l'heure se termine par plusieurs

• 100 •

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cheribá  
ADRIELSON JOSÉ DE OLIVEIRA

Código Débito Automático  
13607257  
Clam N° 0000001 a 89

Período de Uso:  
15/06/19 a 11/09/19

Vencimento =  
D2/10/19 =

848400000000-3 | 29990221201-1 | 91002126072-3 | 25700118122-6

Na partitura, que é a versão literária da obra, é possível observar a estruturação da narrativa, a organização das personagens e a organização das situações.

中行漢字檢索表

Page 11 of 9



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
 Capital 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TERRA POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PERNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adelison José de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o N° 045.888.914-80

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adelison José de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o N° 045.888.914-80, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Dado(a) Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Douclar 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>Retiropolis</u>	Cidade:	<u>Parauan</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>55032-210</u>
E-mail:	<u>mau420ff43@gmail.com</u>			Tel. (DDD):	<u>(81) 99907-7180</u>		

Local e Data:

Parauan 27/11/2019

Josilene Ferreira Macedo  
 Assinatura do Declarante

## ANAMNESE

Paciente: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

Atendimento: 01261838

Nome Social:

Data Nascimento: 21/04/1963

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 HISTÓRIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VOMITO OU DESMAIO, LACERAÇÃO EM MENTO PROVÁVEL SULTURA.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

### AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 70 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

### QPD / HDA:

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

### Exame Físico:

DOR + EDEMA EM PUNHO ESQUERDO

### Exames complementares:

RX PUNHO ESQUERDO EVIDENCIÁ FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

### HDI:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL

### Conduta:

TRANFERÊNCIA PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA (HRA) - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA

### Evolução:

Dr. Túlio Porto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 24080

Ass. do Médico

Dr(a): TULIO PORTO FERREIRA  
CRM - 24080



## 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 09:23h

### CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

### AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 70 MMHG

Temperatura:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

### 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: 025471

Ass. do Médico

Dr(a) JOHNATAN VILELA SOUZA

CRM - 025471



## 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 HISTÓRIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VÓMITO OU DESMAIO. LACERAÇÃO EM MENTO PROVÁVEL 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 EVIDENCIADA FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

### HO:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL

### Conduta:

TRANFERENCIADA PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA (HRA) - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA

### Evolução:

Dr. Cleiton dos Anjos Oliveira

Ass. do Méjico

Dr(a): **CLEITON DOS ANJOS OLIVEIRA**  
CRM - 20381

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**  
**EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: ADELSON JOSE DE OLIVEIRA Atendimento: 628201 Prontuário: 42333  
 Data Nasc.: 21/04/1968 Idade: 38 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião:  
 CPF: 04588891-8 RG: 8784003 CNS: 898005715548993  
 Endereço: RUA CICERO ARAUJO DA SILVA Nº: 329  
 Bairro: CIDADE JARDIM Cidade: CARUARU Estado: PE  
 CEP: 55024000 Fone: 961054211 Profissão: VIGILANTE  
 Nome da Mae: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA  
 Acompanhante:  
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**2 - ATENDIMENTO** Data: 26/07/2019 15:21

Quente Principal / HDA: MÉDICO: MÉDICO PLANTONISTA

- amanha grande esq  
 dor e com fogo de sono

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Diag. Provisório:

Rx do punho: AP, P  
 Rx do ombro e AP, P  
 Rx do torso

Prescrição

Dieta: \_\_\_\_\_

Data:

Horário

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

- Evolução: Fáviles

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

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

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente  Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Obs. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido  
 Transferência: *Hospital de Feira de Santana*  Internamento \_\_\_\_\_

Condição de Alta

Guroso  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

25/07/2010 18:22:56

2 de 2

Usuario do Atendimento

SIMONESE



**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	Recepção:	SIMONE VITORIA DE SANTANA		
Convênio:	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	700404901710843		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DR. VICTOR SOARES G. DA SILVA					Cartão SUS:	700404901710843		
Paciente:	76204	ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA				Sexo:	FEMININO	Cor: MORENO	
Nascimento:	21/04/1983	- 36 Anos e 3 Meses				Est. Civil:			
Endereço:	RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327					C.P.F.:	045.888.914-80		
Bairro:	CIDADE JARDIM					CEP:			
IBGE/Cidade:	2604106	CARUARU				UF:	PE	SDS	PE
Pai:	ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA					Identidade:	6784003		
Mãe:	MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA					Telefone:	81.91091630		
Nacionalidade:	BRASIL					G.Instrução:			
Obs.:	SENHA ORT. 601564								

Queixa do Paciente: Fratura perna (E)  
ior em perna (E)

H.D.: Fratura em perna (E) c/pt/ queda  
de moto

Exame Físico: é doloroso

H.O.: ++ rádio distal (E)

Tratamento: ① Analgesia + Ag estufagia

Bezerros, 28 de julho de 2019

José Geraldo dos Santos  
 Assistente Social

Conferido com Documento  
 Original Bezerros PE 26/07/18  
 Hospital Jesus Pequenino

Paciente Necessita de Acompanhante		
Dr. Victor Soares		
Médico		
CRM-PE 22273		
Assistente Social		
Márcia Gómez		
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 ORTOPEDIC

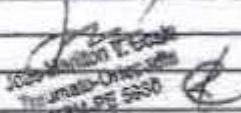
Atendimento:	552607	Data:	28/07/2019	Hora:	9:29	Recepç.:	SIMONE VITORIA DE SANTANA		
Convênio:	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	700404901710843		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DR. VICTOR SOARES G. DA SILVA					Cartão SUS:	700404901710843		
Paciente:	78204	ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA				Sexo:	FEMININO		Cor: MORENO
Nascimento:	21/04/1983	- 36 Anos e 3 Meses				Est. Civil:			
Endereço:	RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327					C.P.F.:	045.888.914-80		
Bairro:	CIDADE JARDIM					Identidade:	6784003	SDS	PE
IBGE/Cidade:	2604108	CARUARU				Telefone:	81.91091630		
Pai:	ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA					G.Instrução:			
Mãe:	MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	CUMARU		

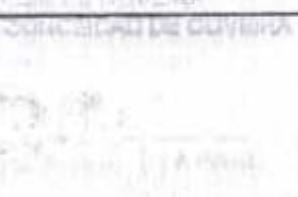
Recepção:

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

Alta Hospitalar	Date: 28/07/19
Médico:	
	
Assinatura / CRM	

Observação  
 29/07/19  
 Transf. para  
 U.P.



Transferência Hospitalar	Data: 28/07/19
Médico:	
	
Assinatura / CRM	

Diagnósticos  
 Diagnóstico Provisório: Fartura com  
 entorpecente, ceto.  

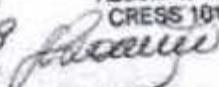

Óbito	Data: 28/07/19
Médico:	
	
Assinatura / CRM	

Diagnóstico Secundário:  


Conferido Com Documento  
 Oficial Bezerros PE 26/07/19  
 Hospital Jesus Pequenino

José Lourenaldo dos Santos

Assistente Social  
 CRESS 10150





Evolução Médica

DATA: 28/07/19

ENF.:

NOME: Adilson José de Oliveira

IDADE: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura de Punho "E"

ANTIBIÓTICOS:

SSV: PA:  NORMOT.  HIPERT.  HIPOT. TEMP.:  NORMAL  EPISÓDIO DE FEBRE

HGT: \_\_\_\_\_ ALERGIA:  NÃO  SIM

NUTRIÇÃO:  ÁVOC  SNE  SNG  NPT  GTT  Zero ACESSO VENOSO:  NÃO  PERIF.  CENTRAL

EVACUAÇÕES:  Sim  Não DIURESE:  Sim  Não

ÚLCERA DE PRESSÃO:  SIM  NÃO PROFILAXIA TVP:  Sim  Não

QUEIXAS:

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: \_\_\_\_\_ Sats: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Ventilação:  AR AMBIENTE  O2 /  CATETER  VENTURI \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ L/min  TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular:  RCR EM 2T; BNP 5; SOPROS.  ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Respiratório:  MV+ EM AHT 5\RA.  ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Abdome:  PLANO;  SEMIGLOBOSO;  GLOBOSO;  INDOLOR A PALPAÇÃO\ SEM VMG; RHA

ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Membros:  SEM EDEMA  COM EDEMA PERFUSÃO PERIF.:

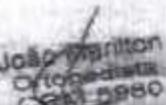
ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

IMPRESSÃO E CONDUTA:

Admissão

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA CLINICA ORTOPEDICA	NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRACIAL	DR. PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 29/07/2019	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA METAFISARIA 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	
<b>DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>	
<p>CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE.</p> <p>REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE RÁDIO COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE KISCHNER SOBRE IMAGEM RADIOSÓPICA, UTILIZAMOS O FIO TRANSVERSO EM NÍVEL DE FRATURA DISTAL RÁDIO UNAR PARA CONSTRUÇÃO CAPSLIGAMENTAR DA REFERIDA ARTICULAÇÃO.</p> <p>DESBRIDAMENTO + NEURÓLISE.</p> <p>LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA</p> <p>CURATIVO E APARELHO GESSADO AXIOPALMAR</p>	

  
 João Marilton  
 Ortopedista  
 CRM 0980

FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
Data: 29/07/14

Anestesia: Sedacão

NB

Nome: Adilson José de Oliveira Nº do Registro: 46204 Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clinica: Ortopedia Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: 36 Sexo: M Cor: P  
Operador: Dra. Ides Hauer Assist: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Russell  
Diag. Preop.: Fratura de médio distal esq Diag. Posop: Operação  
Op. Proposta: Traumatologista Op. Realizada: a ressuscitar  
Premarkitação: MDZ 2 Hora: 14:10 Resultado: (MO 1-2-3)  
Premeditação: FGN 100mg (AO 1-2-3) Risco: 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

14:10

AGENTES	DOSE	15			30			45			15			30			45			15			
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
ANEST.																							
PULS.																							
TEMP.																							
ASPR.																							
RESPI.																							
EEG																							
SÍMBOLOS																							
Sal Or 100%																							

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTACÕES
A. Midazolam 2	jet diluído MCP		
B. Fentanil 100mcg	Medicar c/ (A) + (B)		
C. Fisiomal 100	+ C. resusci		
D. Dicitraca 10	anestesia		
E. Dicodript 10			
F. Naloxodona 0,1			
G. Tiroxina 40			

LÍQUIDOS  
Dipana 200  
SF 0,9% 1

CÂMULA - NARIZO-OROFARINGEA  
NASOGASTROTRÁQUEAL - CÉDIA  
BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO  
BOB - MÁSCARA  
DIFÍCILDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

TOTAL 01

30'

OPERAÇÃO:

Traumatologista

Fratura de médio distal esq

ANESTESISTA:

Dra. Russell

Exame - Exame - Exame -  
Respiratório - Respiratório - Respiratório  
Cardio - Cardiologia - Cardiologia

Hematológico - Hematológico -  
Sangue - Sangue - Sangue

SOBRE

PERDA  
SANGUÍNEA:

**MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS**

Paciente: Achibon José de oliveira Registro N°. 76204  
 Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 29/07/19  
 Cirurgia: Frat. Punho (c) Cirurgião: Dr. José  
 Anestesia: Sedasen Anestesista: Dra. Briscila  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
<b>MEDICAMENTOS</b>			
Adrenalina		Metronidazol 500mg	
Água Destilada	01 amp	Nausedon	01 amp
Atropina		Narcot.	
Bicarbonato de Sódio		Neomicina Pomada	
Cediladine		Nipride	
Cisatracura		Omeprazol	
Cloreto de Sódio		Plasil	
Cloreto de Potássio		Propofol	01 und
Clindamicina		Prostigmine	
Dramin		Quelicin	
Dexametasona Pomada	01 amp	Replifen	
Decadron		Ranitidina	
Diazepam		Revivan	
Dipirona	02 amp	Ringer c/ Lactato	
Dimorf 0,1		Rofecain 1g	
Dolantina		Sarofuran	
Domonid		Sintocinon	
Efonil		Soro Fisiológico 500 ml	01 und
Enoxaparina 40mg		Soro Glicosado	
Fanergan		Styptanom	
Fentanil Espinal		Sulfato de Magnésio	
Fentanil 5ml		Tansamin	
Flumazenil		Tenoxicam	01 amp
Glicose		Thionembutal	
Gluconato Cálcio		Tramal	
Hidrocortizona 100mg		Vitamina K	
Hidrocortizona 500mg		Voluven	
Iposil		Xylocaína 2% s/a	
Keflin	01 amp	Xylocaína 1% s/a	
Ketalar		Xylocaína Geléia	
Lesix		Xylocaína Sprey	
Manitol		Xylocaína Pesada	
Marcaína c/s		<b>MATERIAIS</b>	
Marcaína s/s		Aquila desc. 25x7/40x12/0,45x13	03
Marcaína Pesada		Aquila de Plexo	
Mathergin		Aquila Raque	
Conferido Com Documento		Algodão Hidrófilo	



REF 32015E  
LOT 16943  
Reg. ANVISA: 15209790012



REF 31020E  
LOT 22310  
Reg. ANVISA: 10209790010

Especificação	Quant.	Espe	Quant.
Aigodão Ortopédico	02 und.	Fio de Algodão	
Atadura Crepe 10cm x 15cm	05 und.	Fio de Aço	
Atadura Gesso		Fio Kirschner 2,0 x 1,5	03 und.
Azul de Metileno		Fio Maleável	
Boisa p/ Colostomia		Monocryl	
Cateter Nasal	01 und.	Mononyton	
Clamp Umbilical		Polycot	
Coletor Sistema Aberto		Propelene	
Coletor Sistema Fechado		PDS	
Comp. Cirúrgica	40 und.	Seda	
Dreno de Succión		Vicryl	
Dreno Penrose		LÍQUIDOS	
Dreno Tórax		Água Oxigenada	100 ml
Eletrodos	05 und.	Álcool à 70%	100 ml
Equipo Macro Gotas		Glutaraldeído	
Escova de Dergemação	03 und	Eter	50 ml
Espanadrapo	TX	Formol	
Espanadrapo Micropore		Clorexidina Degermante	100 ml
Gase 7x5x7,5	03 und	TAXAS	
Nausedaon		Oxímetro de Pulso	TY
Infusor soluções Parenteral 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jerico		Desfibrilador	
Liga Clip		Monitor	TY
Lâmina Bisturi		OXIGÊNIO	TY
Látex 204		Das ás	
Luva Estéril 7 1/2,5	02 pares		
Luva Descartável	06 pares		
Máscaras	02 una		
Polifix			
Pró-Pés	03 pares		
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc	01 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.		
<b>FIOS</b>			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			
CatGut Crom c/a			

Simpa Maria da Silva Prado  
ZOREX-PET 14488-TE



PROTESTANT HOSPITAL.

## ENSPERONENO

NAME: Miller Sam Jr - a citizen

REG.: 76203

DATA DE NASCIMENTO: 21/05/1983

DATA DA CIRURGIA: 27/01/2015

DIAGNÓSTICO: Fractura con rotura de  
cuerpo, art. I - C13 3.526

TRATAMIENTO: ~~laxante y picante falso~~

12:08 19-6004

MOTIVO DO RETORNO: De vacanças

Using wedge for traps  
P. 90 cm)

John S. Cull  
1100 20th Street  
Washington, D. C.

ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

21/04/1983

ID: 342393

Male

35 Years

PA

F

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Punho - 2 vistas

Ac. Nb: 295244

Acq. 11/09/2019

Acq. 21/09/18

ESQ

10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 25,18% >

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (1792x2392)

Series Nb: 1

PA