

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190459849 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 09.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262990/19

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

CPF: 428.609.204-63

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: JOSE GERONIMO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE GERONIMO DA SILVA : 428.609.204-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/08/2019
Nome: JOSE GERONIMO DA SILVA
CPF: 428.609.204-63

JOSE GERONIMO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262990/19

Número do Sinistro: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

CPF: 428.609.204-63

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GERONIMO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE GERONIMO DA SILVA : 428.609.204-63

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2019
Nome: JOSE GERONIMO DA SILVA
CPF: 428.609.204-63

JOSE GERONIMO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GERONIMO DA SILVA

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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GERONIMO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GERONIMO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE GERONIMO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000917**

Conta: **0000010317-6**

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	428.609.204-63	JOSE GERONIMO DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOSE GERONIMO DA SILVA		428.609.204-63	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autone	RUA UM	70	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rio Doce	OLINDA	PE	53070-400
E-mail:	Tel.(DDD):		
	81-98332-5642		

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0917	CONTA: 10317	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

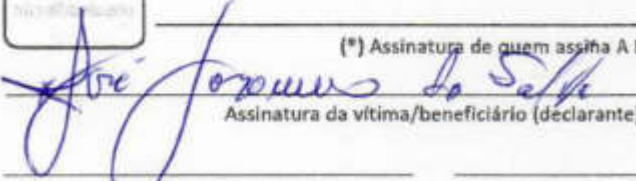
- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa)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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Local e Data: OLINDA 29/07/2019	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116002111**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2019** às **15:59**

Complementa o BO Número: **19E0116002108**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NAPOLES, 1** - Bairro: **RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A GARAGEM DA CIDADE ALTA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ GERONIMO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA NÃO IDENTIFICADA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ GERONIMO DA SILVA

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

JOSÉ GERONIMO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ESTER FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/1/1956** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2182103/SDS/PE (RG)** **42860920463 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 985404086**

Endereço Residencial: **RUA UM, 70 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO BAR DO TRICOLOR**

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ GERONIMO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ GERONIMO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KHS6704** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

ÔNIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**

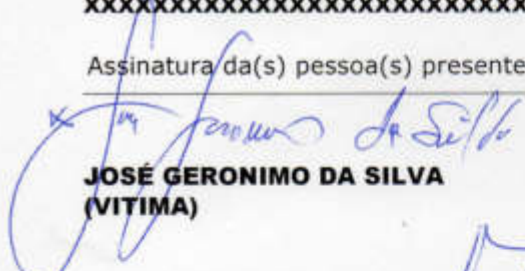
Categoria/Marca/Modelo: **ÔNIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

NESTA DATA VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR E PEDIR PROVIDÊNCIAS DE QUE NAQUELE DIA ACONTECEU O REFERIDO ACIDENTE PPIS ESTAVA CONDUZINDO A ALUDIDA MOTO POR AQUELA AVENIDA QUANDO DE REPENTE SURTIU O ÔNIBUS EM SUA LATERAL ESQUERDA ENTÃO USOU OS OS FREIOS E DESEQUILIBROU VINDO A CAIR E SOFRENDO FRATURA EXPOSTA EM SUA PERNA ESQUERDA E QUE SEU SOBRINHO -DE NOME DOUGLAS CHAMOU UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS LOCAL ONDE FOI ATENDIDO E CIRURGIADO.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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


JOSÉ GERONIMO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDEMAR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3809323**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	428.609.204-63	JOSE GERONIMO DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOSE GERONIMO DA SILVA		428.609.204-63	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autone	RUA UM	70	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rio Doce	OLINDA	PE	53070-400
E-mail:	Tel.(DDD):		
	81-98332-5642		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0917	CONTA: 10317	6	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

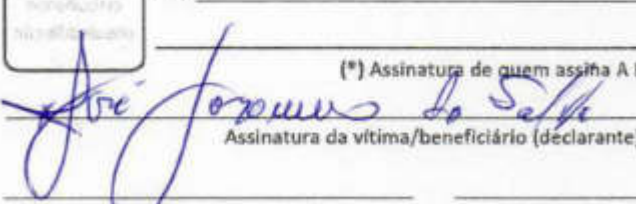
- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa)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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Local e Data: OLINDA 29/07/2019	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSE GERONIMO DA SILVA** Prontuário: 67000
Idade: 63a 1m 4d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 22/01/1956
Profissão : Escolaridade : Telefone: 81-86616244 CEP 53080422
R.G.: 21822103 C.P.F.: 42860920463 - RIO DOCE - OLINDA - PE
Endereço: QUARENTA E UM
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 25/02/2019 14:47
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 28/03/19
Endereço: - Numero: CLAUDEVAN EDUARDO
Cidade: Estado civil : Ems.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04/03/19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta de omoplata direita

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Do Curativo

Francisco Couto
CRM 13246 - TEO 7447
Traumato-Ortopedia

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Ysma Maria F. Silva

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GERONIMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000010317-6

Nr. da Autenticação A04CDEAF3D30C289



taxas têm vida
livre, com pla
do a color, um

(pág. 1)

Cartão

JOSE GERONIMO DA SILVA
RUA UM 00070 1 ETAPA
RIO DOCE
53070-400 OLINDA PE

Data
13/05

Descrição
Saldo Anterior

Movimentações Nacionais

JOSE GERONIMO SILVA

30/09	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT	OLINDA
25/02	TEND TUDO	OLINDA
28/03	SUMUP*FACUNDESFILHOCIA	OLINDA
19/04	MERCADO RIO DOCE	OLINDA
19/04	GE E GIL MOTOS	OLINDA
09/05	J PEREZ F PECAS E ACES	OLINDA
10/05	GE E GIL MOTOS	OLINDA
16/05	PAGAMENTO RECEBIDO - OB	OLINDA
22/05	FARMACIA TD RIO DOCE	OLINDA
24/05	FERREIRA PINTO	OLINDA
31/05	TARIFA AVAL EMERG CREDIT	OLINDA
31/05	PROT PERDA-ROUBO	OLINDA
31/05	JUROS FINANCEIROS *	OLINDA
31/05	JUROS DE MORA	OLINDA
15/05	MULTA POR ATRASO	OLINDA

TOTAL NACIONAL

CARTAO C&A MC NACIONAL

Vencimento 13/06/2017

Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 30/06

Central de Atendimento BradesCard

REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-0127
OUTRAS LOCALIDADES 0800-7010127

Limites de Créditos

Compras R\$ 1.130,00 Saque R\$ 226,00 Parcelado* R\$ 0,00

	% a.m.	% a.a.	CET a.a.
Juros Remuneratórios	9,39%	193,58%	211,74%
Crédito rotativo	7,90%	149,03%	164,42%
Parcelado rede	7,90%	149,03%	164,42%
Parcelado loja	9,39%	193,58%	211,74%
Retirada/saque (1)	9,29%	190,38%	208,33%

(1) Será cobrada tarifa de até R\$ 18,00 por operação.

- * Multa 2,00% a.m.
- * Juros de mora 1,00% pro rata
- Taxa máxima de juros para a próxima fatura 19,99 % * CET ao ano 846,25 %
- * Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).

Saldo Anterior (R\$)	Crédito e Pagamento	Débitos	Total Nacional
599,08	-	599,08 + 1.098,13	= 1.098,13
Saldo Internacional (US\$)	Cotação Dólar	Data da Cotação (US\$)	Total Internacional
0,00	*	0,00	= 0,00

TOTAL DESTA FATURA

R\$ 1.098,13

DIC-000-APO-PAF

A partir de 03/04/2017, toda vez que precisar financiar o valor da fatura por mais de 30 dias, o BradesCard oferecerá a você uma melhor opção de fatura Parcelado Fácil. Sua taxa de rotativo será 9,39% a.m..

Os impostos incidentes sobre as operações contratadas, conforme a legislação em vigor (inclusive IOF) poderão ser incorridos. ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados neste valor total e o valor pago. Optando pelo pagamento do valor mínimo serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 184,00 integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelado.



Bradesco

237-2

23794.15009 90024.533698 70000.



ATENDEMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS N.º 60095 BA
IRRO NOVO OLINDA PE 53070-400

CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
JOSE GERONIMO DA SILVA MATRICULA: **14879823 JULH/2019**
RUM, N 00070 1 ETAPA RIO DOCE OLINDA PE 53070-400

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A138054825	DATA LEIT. ANTERIOR 30/06/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/05/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO		

ÁGUA:	ESGOTO:
LEIT. ANT: 464	LEIT. ANT: 11
LEIT. ATD: 475	LEIT. ATD: 11
LEIT. FAT: 475	LEIT. FAT: 11

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		XIG. PORT. (NS 2.914/11)	ANALISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.	
07/2019	10 / 10				
04/2019	10 / 10				
05/2019	05 / 05	TURBID. 124	124	100	
04/2019	05 / 05	COR APARENTE 124	124	100	
03/2019	05 / 05	CLORO RESIDUAL 124	124	100	
02/2019	05 / 05	COL. F. TOTAL 124	124	100	
01/2019	05 / 05	COL. F. TOTAL 124	124	100	

MEDIA: 06 / 06 Quantidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO FÍSICO DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 R\$ 4,24 POR M3	1 M3	4,24
ESGOTO 50,00% DO VALOR DE ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 20,65 POR UNIDADE	10 M3	20,65
11 M3 A 20 M3 R\$ 2,37 POR M3	1 M3	2,37
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 04/12		27,74
MULTA P/IMPAGUIDADE 06/2018		1,79
JUROS DE MORA 07/2018 08/2018		1,54

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

Eu, ALEXSANDRA DA SILVA,

RG nº 8 861 587, data de expedição 19/10/2009

Órgão SOS, portador do CPF nº 092.686.294-45,

com domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA AV ANAPOLAS, nº 729,

complemento BLOI AP102, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSE GERONIMO DA SILVA, cujo o condutor era

JOSE GERONIMO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA Ano: 2010/2011

Placa: KHS-6704 Chassi: 9C6KG0460B0008296

Data do Acidente: 25/02/2019

Local e Data: OLINDA 29/07/2019

Alexsandra da Silva

Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DE OLINDA**
Tabela Dayse Nunes

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE OLINDA-PE
Av. Celúlio Vargas, 939 - Bairro Novo
Fone: (81) 3419-3585 - E-mail: cartorionotaseprotestosolinda@gmail.com

Reconheço a Autenticidade a firma de: **ALEXSANDRA DA SILVA**
Olinda, 29/07/2019, 16:06:09. Em testemunho da
verdade, ELIANE MARIA MARTINS DE
SANTANA PEREIRA ESCRIVENTE, Emol R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80
FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08, Total 4,91.
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Selos: 0159426.YAO07201903.00143







Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
JOSE GERONIMO DA SILVA	67000			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia
898000160855162	22/01/1956	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
ESTER FERREIRA DA SILVA	8186616244			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
VALMIR FERREIRA	81-86616244			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
QUARENTA E UM, 70 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
OLINDA	260960	PE	53080422	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 HORAS. EVOLUINDO COM DOR FERIMENTO E DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA. AO NEGA PERDA DE CONSCIENCIA CEFALIA NAUSEA E VOMITOS, NEGA DOR ABDOMINAL, SEM SANGRAMENTO ATIVO			
21 - Condições que justificam a Internação			
AS ACIMA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
EXAME CLINICO E RADIOLOGICO			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA	S827	W199 V29.9	582.3/582.4 04.08.05.054-3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814998
33 - Nome e do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	25/02/2019	16863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910215279-9

AIH
261910215280-0

Francisco Couto
CRM 13446 - TEOT 7447
Traumatista Ortopedia

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSE GERONIMO DA SILVA** Prontuário: 67000
Idade: 63a 1m 4d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 22/01/1956
Profissão : Escolaridade : Telefone: 81-86616244 CEP 53080422
R.G.: 21822103 C.P.F.: 42860920463 - RIO DOCE - OLINDA - PE
Endereço: QUARENTA E UM
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 25/02/2019 14:47
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 28/03/19
Endereço: - Numero: CLAUDEVAN EDUARDO
Cidade: Estado civil :
Telefone:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04/03/19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta de omoplata direita

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Do Ombro

REVISADO
CCIH-HMA

Francisco Couto
CRM 13246 - TEO 7447
Traumatologia

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Ysma Maria F. Silva

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/02/2019 11:12



Nome Paciente: JOSE GERONIMO DA SILVA
Cód. Paciente: 67000
Data de Nascimento: 22/01/1956
Sexo: Masculino
Idade: 63
Senha: 0016
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 466899
SAME: 58064



Período: 25/02/2019 11:26 - 25/02/2019 11:28

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

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 1 HR, COM QUEIXA DE DOR EM HTE AO RESPIRAR E DOR EM MIE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NÁUSEAS OU VOMITO

Observação:

NEGA ALERGIAS, HAS E DM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

**REVISADO
NEFI-HMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

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

Data Impressão: 25/02/2019 11:28



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 466899

Senha da Classificação:

0016

Data e Hora: 25/02/2019 11:14

Paciente: 67000 JOSE GERONIMO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/01/1956 Idade: 63 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ESTER FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: QUARENTA E UM

Cidade/UF: OLINDA

PE

70

Bairro: RIO DOCE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queda de moto há ± 1 hora
relato de contusão em membros
Relato de um HFD e hemitorax (E)

Exame Físico

Ex. B. Localizado, enfiado, enfiado
WUB, BHT, 1/10
A.D. Indolente
sem mais dor, e nenhuma quantidade de batimento

Hipótese Diagnóstico

① Pontuação

Prescrição Médica

① Dificuldade de urinar

Dr. Eugênio Lusa
CRM 15041
Urologia

- 11/20

Ass

RX TÓRAX e BACIA: SEM ALI.

*CD: 1) ALTA DA CG → AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Eduardo Godoy
Cirurgia Geral
CRM: 24564

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

13:00

feito ANÁLISE de RX
MO: fratura dos ossos da perna
(E) T. ... / Ao Risco

Dr. Samuel M
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12345

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 466899 Prontuário: 67000 SAME: 58064 Hora Atend: 11:14 Data Atend: 25/02/2019
Paciente..... : JOSE GERONIMO DA SILVA Idade: 63 a
Endereço..... : QUARENTA E UM
Bairro..... : RIO DOCE
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53080422
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 25/02/2019 Hora Saída : 14:46

Prestador da Evolução Médica:

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DIAGNOSTICO
ENF CAMILA

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE / 16863
CIRURGIA GERAL



Atendimento: 466899

Senha da Classificação:

0016

Data e Hora: 25/02/2019 11:14

Paciente: 67000 JOSE GERONIMO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/01/1956 Idade: 63 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ESTER FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: QUARENTA E UM

70

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queda de moto há ± 1 hora
relato de contusão em membros
Relato de um HFD e hemitorax (E)

Exame Físico

Ext. B. limbo, inchado, equivo
WUB, BHT, 11/15
A.D. inchado
sem mais dts, e nenhuma quantidade de batm

Hipótese Diagnóstico

① Pontuação

Prescrição Médica

① Dikora 92 g cv Ave

Dr. Eduardo Godoy
CRM 15941
Urologia

- 11/20

Ave

RX TÓRAX e BACIA: SEM ALI.

*CD: 1) ALTA DA CG → AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Eduardo Godoy
Cirurgia Geral
CRM: 24564

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

13:00

feito ANALIST de RX
HO: FA FRASTA NOS OSSOS DA PERNA
(E) T. ... / AO RISCO

Dr. Sergio M
Ortopedia Trauma
CRM PE 26.41



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

⑥ Dec. Lakanto ro
Dec. Re op.

[Handwritten signature]

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 03/03/2019

Hora.....: 13:28

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54975

Paciente : 67000

Convênio Atend. : 1

Leito : 65

Dt. Início : 03/03/2019 09:40

Sala : 0002

SALA 02

JOSE GERONIMO DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO 001

Dt. Fim : 03/03/2019 12:00

Atendimento : 466972

Carteira :

Idade : 63 Anos

Cid Pré-Operatório : S823

Cid Pós-Operatório : S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRÚRGIO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI DE FÍBULA COM PLACA EM PONTE + RFFI DA TÍBIA COM PLACA EM PONTE

OPERADOR: DR LUIZ CARVALHO

1º AUXILIAR: DR ÍCARO MÔLIM

INSTRUMENTADOR: ELAINE

ANESTESISTA: DR PEDRO

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MIE
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO LONGITUDINAL EM TOPOGRAFIA DO MALEOLO LATERAL + DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA + REDUÇÃO DA FRATURA COM FIXAÇÃO DA MESMA COM PLACA EM PONTE 1/3 DE CANO COM 8 FUIROS, 3 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA TOTAL 3,5MM
6. INCISÃO ANTERO-MEDIAL EM REGIÃO DISTAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DESLIZAMENTO PELO SUBCUTÂNEO DE PLACA EM T 4,5MM EM DIREÇÃO A REGIÃO PROXIMAL PASSANDO POR FOCO DE FRATURA PARA CONFEÇÃO DE PLACA EM PONTE COM INCISÃO NA PELE E SUBCUTÂNEO EM REGIÃO PROXIMAL DA PLACA NA TÍBIA FIXADA COM 5 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS 4,5MM
7. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
8. LAVAGEM DAS FERIDAS OPERATÓRIAS COM SF 0,9%
9. SUTURA DAS FERIDAS OPERATÓRIAS POR PLANOS COM VYCRIL E NYLON
10. CURATIVO ESTÉRIL
11. RAIO X DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Icaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 2656028/03/19
CLAUDEVANEDJSA
FATURISTADR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 25/02/2019

Hora.....: 17:43

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54861

Sala : 0001

SALA 01

Paciente : 67000

JOSE GERONIMO DA SILVA

Atendimento : 466899

Convênio Atend. : 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Carteira :

Leito : 788

VERMELHO EXTRA-27

Idade : 63 Anos

Dt. Início : 25/02/2019 16:20

Dt. Fim : 25/02/2019 17:20

Cid Pré-Operatório : S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

Procedimento não Informado (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Procedimento: 0408050500

Procedimento não Informado

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

ANESTESISTA

18468 RAPHAELA FERREIRA DA SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA + DEBRIDAMENTO CIRURGICO + REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA
TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR SORMANE BRITO

1º AUXÍLIO: DR PEDRO CUNHA

2º AUXÍLIO : DR IGOR ALCENOR

ANESTESISTA: DRA RAPHAELA FERREIRA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. AMPLIADO EXPOSIÇÃO DO FOCO DE FRATURA TANTO DISTAL QUANTO PROXIMALMENTE

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

5. LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0.9%

6. SUTURA DE PELE COM NYLON 2.0 ;

7. REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO COM FIXADOR LINEAR

8. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

9. CURATIVO ESTERIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

28/03/19

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339Dr. Igor Alcenor
Pneumatologia
25/02/2019
17:46

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE GERÔNIMO DA SILVA REG: 67005
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 12/02/19 DATA DA ALTA 04/03/19
DIAGNÓSTICO: Fratura exposta dos ossos da perna (E)

TRATAMENTO REALIZADO:

1º Tombo (D.C. + Fixação externa)

2º Tombo (Perna curta)

ORIENTAÇÃO:

NÃO PISAR

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO

SIM(☒) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

15 DIAS


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Francisco Couto
CRM 13246 - TEOT 7447
Traumato Ortopedia

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

Atendimento: 466972

Dt Atendimento: 25/02/2019 - 14:47

Dt Alta: 04/03/2019 - 17:11

Paciente: 67000 JOSE GERONIMO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: KEILLAACN

CID: S827

FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

KEILLA AMANDA CORREIA DO NASCIMENTO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1107200720

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107200720

THOMAS SARGO & FILHOS

NOME
JOSE GERONIMO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2182103 SSP PE

CPF
428.609.204-63

DATA NASCIMENTO
22/01/1956

FILIAÇÃO
NÃO DECLARADO

ESTER FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HABIL
AD

Nº REGISTRO
00339568721

VALIDADE
27/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
23/07/1998

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
24/09/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

10844126860
PE066785227

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
Nº 014482586460
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 226765016 R.A.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

ALEXSANDRA DA SILVA

OLINDA-PE 0

CPF / CNPJ 092.686.294-45 PLACA RH56704

PLACA ANT / UF ***** / PE 9C6RG0460B0006296

PA3 /MOTOCICLETA ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL GASOLINA

YAMAHA /FAZER Y9250 MARCA / MODELO ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

2E/249CL CAP / POT / OIL CATEGORIA COB. PREDOMINANTE VERMELHA

1 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

P IPVA 2018 QUITADO 2ª *****

V FAIXA IPVA 3ª *****

A PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

CLINDA 22/09/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR SOLOS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014482586460 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALEXSANDRA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

OLINDA-PE 0

VIA 1 092.686.294-45 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/09/18

RENAVAM 226765016 MARCA / MODELO YAMAHA /FAZER Y9250

ANO FAB. 2010 Nº CHASSI 9C6RG0460B0006296

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL EMISSÃO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE OUTUBRAÇÃO

SEGURO ÚNICA

SEGURO ÚNICA

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELS NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO