



DPO124

<b>JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR</b>		
DOC. IDENTIDADE / DRG. EMISSEOR / UF 5539170 SGP PE		
CPF 037.445.644-83	DATA Nascimento 07/11/1977	
FILIAÇÃO		
JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA MARLENE CAVALCANTE DA SILVA		
PERMISÃO	ACD	CAT. NAO AD.
NR. REGISTRO 01972157354	VALIDADE 10/01/2022	MARILITACAO 13/09/2001
OBSERVAÇÕES SEM observações		



José Ivanildo da Silva

Assinatura do Titular

LOCAL CARPINA - PE	DATA EMISSÃO 34/01/2017
 Cháris Andrade Souza Ribeiro Delegado Presidente Agente de Investigação Civil 45687091806 PR077100514	

PERNAMBUCO

VIAHOMEM LODO

OPERATÓRIO NAMOR

1420916898

PRENDENDO JUSTIÇAR

1420916898

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 012036277162  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA COA REVM 012036277162 P.N.T.R.C. 0000000000000000 EXERCÍCIO 2015

SILVIA DIAS DE MELO

CARPINHA-PE

CPF/CNPJ 082.253.854-70 PLACA KQ02774  
PLACA ANT/UE 92 CHASSI 9C6KE093060006078

ESPECIFICO  
PAS /MOTOCICLETA CONDUZITVEL  
MARCA/MODELO GÁSOLINA

TRAMANA/XTE 125E ANO FAB. 2006 ANO MODELO 2006

CAP/POV/CIL 2P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PRINCIPAL AZUL

VENC. COTA ÚNICA 1<sup>a</sup> \* \* \* \* \* VENC. COTA ÚNICA 1<sup>a</sup> \* \* \* \* \*

P 2<sup>a</sup> \* \* \* \* \* VENC. COTA ÚNICA 2<sup>a</sup> \* \* \* \* \*

V 3<sup>a</sup> \* \* \* \* \* VENC. COTA ÚNICA 3<sup>a</sup> \* \* \* \* \*

PRÉMIO TARIFÁRIO IGF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURU PAGO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

CARPINHA-PE 18/06/15  
Charles Andrew Seixas Ribeiro  
Diretor Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PES  
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE  
TRANSPORTADAS OU NAO

PE N° 012036277162 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
SILVIA DIAS DE MELO

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

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 18/06/15

VIA 082.253.854-70 PLACA KQ02774

RENAVAM 895860982 MARCA/MODELO YAMAHA/XTE 125E

ANO FAB. 2006 DATA FAB. 09 NO CHASSI 9C6KE093060006078

PRÉMIO TARIFÁRIO

PREÇO (R\$) DESENTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGF (R\$) DATA ASER PAGO NO SEGUNDO TRIMESTRE

SEGURU PAGO PAGAMENTO DATA DE GUARDAÇÃO

COTA ÚNICA  PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

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

DESTE ÁGUA É GUARDA O BILHETE DPVAT  
SÉGURO PAGO/TE FORTE OBRIGATÓRIO.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180071364

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

**Endereço do(a) Examinado(a):** LOT JUA, 11 - LT02 - CARPINHA/PE - CEP 55716-285

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 5539170 - ssp-pe - 24/01/2017

**Data e Local do Acidente :** 15/11/2017 - Carpina, PE

**Data e Local do Exame :** 23/02/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura de fibula distal esquerda

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Vítima com deficit de força de grau leve do membro inferior esquerdo, com consolidação viciosa da fratura, discreta alteração da marcha, edema local.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Limitação funcional de grau leve do membro inferior esquerdo, com consolidação viciosa

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal  
membro inferior esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071364      **Cidade:** Carpina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA      **Data do acidente:** 15/11/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E  
SILVA JUNIOR

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

**Data da análise:** 22/02/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071364      **Cidade:** Carpina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR      **Data do acidente:** 15/11/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de fíbula distal esquerda

**Descrição do exame médico pericial:** Déficit de grau leve do membro inferior esquerdo. Discreta alteração da marcha

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 45 dias , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do membro inferior esquerdo causada pela consolidação viciosa da fratura

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior esquerdo , portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Leonardo Neves

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

---

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR**

**Sinistro:** **3180071364**

**Vítima:** **JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente:** **15/11/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180071364** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Carta n°: 12467325

A/C: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

Nº Sinistro: 3180071364  
Vitima: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR  
Data do Acidente: 15/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004057

Conta: 000001063446-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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%

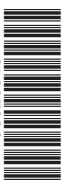
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





CACXAS ELETRONICOS SANTANDER  
EXTRATO DE CONTA CORRENTE - 7 DIAS

25/11/2017 09:07:29 DATA CONTABIL: 27/11/2017  
LOCAL: 033.4057 CARPINA  
TRANSAÇÃO: 0603573 TERMINAL: 0000161

JOSE IVANELDO CAVALCANTE DA SILVA CARTAO: 3265  
BANCO: 033 AGENCIA: 4057 CONTA: 01-063446-2

SALDOS

SALDO: CONTAMAX	64,26
PROVISAO DE ENCARGOS	18,73
(-) SALDO DISP. CONTAMAX	64,26
(+) LIM. MASTERCARD 5% JUROS	105,98
(-) SALDO DISPONIVEL TOTAL	46,24



Bandeira do  
Estado



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ºCIRC**  
**DINTER1/11ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0135004061**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2017 às 15:35**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 15/11/2017 no período da Manhã**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE 90 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
 SILVIA DIAS DE MELO ( OUTRO )  
 JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR ( VÍTIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR

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

JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLENE CAVALCANTE DA SILVA Pai: JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA Data de Nascimento: 7/11/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARPINA, 11, RUA UM, SANTO ANTONIO, LOTEAMENTO JUÁ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

SILVIA DIAS DE MELO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**Qualificação do(s)-objeto(s)-envolvido(s)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SILVIA DIAS DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ Objeto apreendido: Não  
 Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Boletim de Ocorrência

file:///c/documents and settings/policia civil/infopol/xml/BOEPREV..

Placa: KKQ2774 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 886980982 Chassi: 9C6KE093060006078  
Ano Fabricação/Modelo: 2006/2006

### Complemento / Observação

A VÍTIMA VINHA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, EM CARPINA NA PE 80, PERTO DO CLAUDIO DO GESSO, TINHA UM QUEBRA MOLA, QUANDO DESEQUILIBROU E CAIU, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE LIMOEIRO.

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

*X JOSE IVANILDO DA SILVA JUNIOR*  
JOSE IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR  
(VITIMA)

B.O. registrado por: LADIANE MARIA FRANÇA GUIMARÃES - Matrícula: 3809811





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>José Francisco Cavalcante dos S. f/n/c 033.445.644-52</i>		<i>15/11/2017</i>

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>Local</i>	

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

##### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

*Local e Data*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# 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: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE IVANILDO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04057

CONTA: 00001063446-2

---

Nr. da Autenticação 4D8146D98EE9441C

# Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Silvia Dias de Melo

RG nº 5801990 data de expedição 13/09/11

Órgão SDS/SE, portador do CPF nº 222.233.254-70, com  
domicílio na cidade de Corumbá, no Estado de MS,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Padre Bocha - São José nº 177,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Ivanirso da Silva Ferreira cujo o condutor era  
José Ivanirso convidante da Silvia Ferreira

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA XMAX 250

Ano: 2006-2008

Placa: KKK-2774

Chassi: 9C6KE093060006078

Data do Acidente: 15-11-2017

Local e Data:

Silvia Dias de Melo

Assinatura do Declarante.

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

CARTÓRIO 2º OFÍCIO BARROS E SIlva - PRATICANTE DE PROTESTO E NOMES / Bel. Mário Barros e Silveira  
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro - Fone: (011) 3614-9300 - E-mail: [cartorio2oficio@uol.com.br](mailto:cartorio2oficio@uol.com.br)

Autenticidade à senhora SILVIA DIAS DE MELO, identificada em sua presença dou fé. CARPINAPR: 22/12/2017 09:29:36.  
Emissor: 3,08; TSR: 0,78; FERG: 0,39; Total: 4,66. Salvo nº 0074955\_GPJ11201701.01343. Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/salodigital](http://www.tjpe.jus.br/salodigital). ALICE RODRIGUES DA OLIVEIRA  
NOMES, SUBSTITUTA.





HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSE FERNANDES SALSA

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 153075 CNS: 871800493794  
Nome: JOSÉ IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA JUNIOR  
End: JUA  
Cidade: CARPINHA  
Mãe: MARLENE CAVALCANTE DA SILVA  
Profissão: FOTOGRAFISTA

Idade: 40 Anos 8 Dias Nascimento: 07/11/1977  
Bairro: SANTO ANTONIO  
Nasc: BRASILEIRA  
Pai: JOSÉ IVANILDO CAVALCANTE DA SILVA  
Responsável: O MESMO

Nº OCORRÊNCIA: 003093W

Sexo: MASCULINO  
Est.Civil: CASADO(A)  
CEP: 55819311  
Doc.hº: 5559120

## Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:  
15/11/2017 10:05 29285 ORTOPEDIA

SAFETY CORRETORA

05 FEV. 2018

DPVAT

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASPIRADOR

## QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Braço doloroso  
desde ontem  
desde ontem  
desde ontem  
desde ontem  
desde ontem

## TRATAMENTO:

1 cotação feita  
at braço

## EXAMES COMPLEMENTARES:

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

desconhecido

## MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA  INFRAODG 

## JUSTIFICATIVA:

## ENCAMINHAMENTO:

Dr. Dr. Dr. Dr.  
Dr. Dr. Dr. Dr.  
Dr. Dr. Dr. Dr.  
Dr. Dr. Dr. Dr.

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESG
<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

## TÉCNICO / CONSELHO:

## CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA

## MÉDICO / CRM:

MÉDICO:

## DATA SAÍDA:

## HORA SAÍDA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
<u>02641560023</u>	<u>Alvo / Nairam</u>	

RECEPÇÃO(MEDICO) ESTEVAN FERNANDES FRAGA

Belas que fofas  
outro de  
prova de