

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014668214546  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - CENTRO - EXERCÍCIO  
2 465673325 \*\*\*\*\* 2019

RANA MAGALI CARNEIRO DA SILVA

ABREU E LIMA - PE

PLACA  
614.566.084-87 PFM4645

PLACA ANT. - NAC. - CHASSI  
\*\*\*\*\* 9C2KD0540CR541389

ESP. DE USO

COMBUSTÍVEL

243 MOTORCICLO

2430-03301

MARCA/MODELO

ANO FAB. - ANO MOD.

HONDA/NXR150 BRO3 ESD

2012 - 2012

CAPAC. CIL

CATEGORIA

COB. PREDOMINANTE

227/148CL

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

IPVA 2019 QUITADO

1ª \*\*\*\*\*

FAVA/PVA

PARCELAMENTO/COTAS

2ª \*\*\*\*\*

A 1

3ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.32 84.58

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORT. E OBRIGATORIO

Roberto Carlos Moreira Fontelles

ABREU E LIMA - PE

13/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DE SEGURO DPVAT

PE Nº 014668214546 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
RANA MAGALI CARNEIRO 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

ABREU E LIMA - PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 13/07/19

VIA - CPF/CNPJ - PLACA  
2 614.566.084-87 PFM4645

RENAVAM - MARCA/MODELO  
465673325 HONDA/NXR150 BRO3 ESD

ANO FAB. - ANO MOD. - NAC. CHASSI  
2012 09 9C2KD0540CR541389

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
36.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAG. DO SEGURO (R\$)  
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 21/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

JAN-2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PE

Nº 014668214546

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - CENTRO - EXERCÍCIO  
2 465673325 \*\*\*\*\* 2019

RANA MAGALI CARNEIRO DA SILVA

ABREU E LIMA - PE

614.566.084-87 PFM4645

PLACA ANT. - NAC. - CHASSI  
\*\*\*\*\* 9C2KD0540CR541389

ESP. DE USO - COMBUSTÍVEL  
CAR MOTORCILENDA - 2.000.000.001

MARCA/MODELO  
HONDA/NXR150 BRO3 ESD

CAP/POV/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2P/148CL - PARTIC - VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA  
IPVA 2019 QUITADO 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA PVA - PARCELAMENTO/COTAS  
A 1 - 2ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
80.11 0.32 80.43 21/02/19

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTA OBRIGATORIO

Roberto Carlos Moreira Fontelles

ABREU E LIMA - PE 13/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 014668214546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RANA MAGALI CARNEIRO 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

ABREU E LIMA - PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 13/07/19

VIA - CPF/CNPJ - PLACA  
2 614.566.084-87 PFM4645

RENAVAM - MARCA/MODELO  
465673325 HONDA/NXR150 BRO3 ESD

ANO FAB. - DATA - NAC. CHASSI  
2012 09 9C2KD0540CR541389

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)  
36.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAG. DO SEGURO (R\$)  
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO  
X COTA ÚNICA PARCELADO 21/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

JAN-2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024791 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ALAN DA SILVA **Data do acidente:** 13/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 22/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO MÉDIO PÉ DIREITO  
FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) P6//8

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**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 PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS         | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 25%       | R\$ 3.375,00             |
| Total                                  |                                                 |                                                               | 25 %      | R\$ 3.375,00             |



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005729/20

**Vítima:** MARCOS ALAN DA SILVA

**CPF:** 073.152.184-67

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 13/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS ALAN DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

### MARCOS ALAN DA SILVA : 073.152.184-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

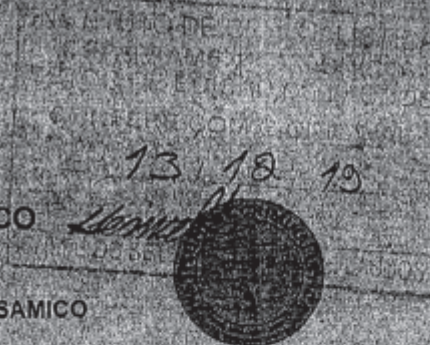
Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO



Dados da Origem:

Nº PROTOCOLO: 652283

Requisição: D652283/2019 - DELEGACIA DE POLICIA DA 004A. CIRCUNSCRICAO - ESPINHEIRO - RECIFE

REQUISITANTE: CIODS CIODS



Identificação do Laudo: Aepkg-Ctb\_2svTG5tXDydeSIDsGg7-SYr1L5Z4Pmac1

GGPOC - IC - ICPAS (Recife) - UNICOPLAN

Laudo Pericial: 35.198/2019

Dados do exame:

NATUREZA: COLISÃO  
LOCAL DO EXAME: RUA ODORICO MENDES, Nº 700, CAMPO GRANDE - RECIFE  
DATA DO EXAME: 13/10/2019  
ENVOLVIDO(S):

Destinatário:

DELEGACIA DE POLICIA DA 004A. CIRCUNSCRICAO - ESPINHEIRO

PERITO(A) CRIMINAL: Dr(a). RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA

NÃO ACOMPANHA(M) PEÇA(S)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

13 12 13



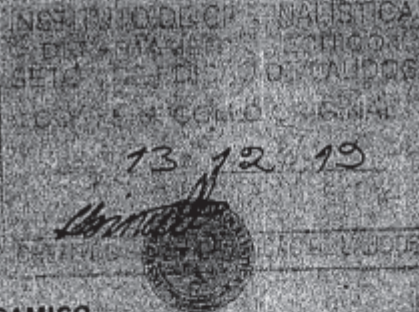
## EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

REP – 35198/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



## EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

**REP - 351948/2019**

### I - INTRODUÇÃO

**Data da Ocorrência:** Aos treze dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezanove (13/10//2019);

**Autoridade Requisitante:** Centro Integrado de Defesa Social;

**Hora da Chamada:** Às treze horas e quarenta e oito minutos (13h48min);

**Hora da Chegada ao Local:** Às quatorze horas e quatro minutos (14h04min);

**Local do Evento:** Cruzamento da Av Agamenom Magalhães com a Rua Jaime da Fonte, Santo Amaro, Recife - PE. 2ª Circunscrição.

**Natureza do Evento:** COLISÃO;

**Término do Exame:** Às quinze horas e dez minutos (15h10min), do mesmo dia;

### II - HISTÓRICO DO FATO

**Condições do Local:** O cruzamento em tela era dotado de sinalização dos tipos horizontal e vertical e o fluxo de veículos era controlado por semáforo eletro-eletrônico (semáforo 049), que por ocasião dos exames periciais, funcionava normalmente; também foi verificada a existência de câmeras de segurança pertencentes ao CIODS, no entanto, essas câmeras se encontravam desativadas, segundo informações prestadas pelo CB Porfírio, militar de serviço e contatado por telefone no local e na hora do evento; o referido contato foi feito e comunicado ao infrassinado pelo SI Túlio, matrícula 61291-3,





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

13 12 19



Comandante da equipe da CTTU, transportada pela VT 12, que fez a segurança e isolamento do local.

O evento ocorreu no cruzamento do segmento de pista da Av Agamenom Magalhães com sentido de tráfego Derby/Olinda com a Rua Jaime da Fonte/Rua Odorico Mendes, ver croqui.

A Av Agamenom Magalhães era composta por dois segmentos de pista separados pelo canal do Derby, era pavimentada com placas de concreto e recapeamento asfáltico em bom estado de conservação, margeada por imóveis residenciais e comerciais, construídos em alvenaria de tijolos e argamassa de cimento e ladeada por calçadas destinadas a pedestres; oferecia sentido duplo de tráfego, Derby/Olinda e vice-versa, com quatro faixas de trânsito para cada sentido de tráfego, delimitadas por faixas brancas grafadas no pavimento.

A Rua Jaime da Fonte era composta por dois segmentos de pistas, separados por um canteiro central, pavimentada com recapeamento asfáltico em bom estado de conservação, margeada por imóveis residenciais e comerciais, construídos em alvenaria de tijolos e argamassa de cimento e ladeada por calçadas destinadas a pedestres; oferecia sentido duplo de tráfego, Recife Antigo/Água Fria e vice-versa, com duas faixas de trânsito para cada sentido de tráfego, separadas por linhas brancas grafadas no pavimento.

Durante os exames era dia, o tempo estava bom e as pistas secas, a visibilidade era boa e o tráfego de veículos era intenso. Presente ao local estava a VT 122 da CTTU, que transportava a equipe comandada pela SI TULIO, matrícula 61.291-3, que fez a segurança e isolamento do local.

**Veículos Envolvidos:** Motocicleta da marca Honda, modelo NX Bros, vermelha, PFM-4645-PE e o veículo do tipo furgão, utilizado como ambulância a serviço do Hospital do Câncer, da marca Fiat, modelo Ducato, pintado na cor predominante branca e com placas de matrícula PDQ-9667-PE. Ditos veículos serão referidos no decorrer deste documento como sendo V1(MOTO) e V2(AMBULÂNCIA), respectivamente.

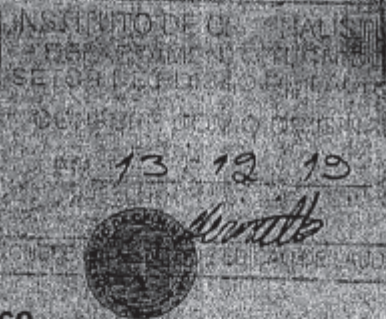
**Sentido de Tráfego:** O V1(MOTO) ingressava no cruzamento em tela procedente do segmento de pista da Av Agamenom Magalhães com sentido de tráfego, Derby/Olinda e o V2(AMBULÂNCIA) galgava este mesmo cruzamento procedente da Rua Jaime da Fonte no sentido de tráfego Recife Antigo/Água Fria. Ver croqui.

**Danos Materiais:** O V1(MOTO) exibia avarias na sua região lateral direita, produzidas na colisão com o V2(AMBULÂNCIA) e na sua região lateral esquerda, produzidas no arrastamento sobre o pavimento. O V2(AMBULÂNCIA) apresentava avarias no lado direito de sua região frontal, produzidas no embate com o V1(MOTO).





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



**Posição dos veículos:** O V2(AMBULÂNCIA) foi retirado de sua posição de repouso final original e colocado conforme consta no croqui ilustrativo em anexo pela equipe da CTTU presente no local, sem prejuízos para os exames periciais.

**Condutores:** Apresentou-se como condutor do V2(AMBULÂNCIA), o SR GLEIBSON IRAQUITAN DE LIMA COSTA, CNH Rg Nº 00828813284, categoria "AD" e validade até 26/04/22, que informou residir na Rua Sétia, 30, Ouro Preto, Olinda, PE. O condutor do V1(moto) foi socorrido a um hospital.

**Vítimas:** Ocupante(s) do V1(MOTO);

**Testemunhas:** Não se apresentaram durante os exames periciais.

### III – EXAMES PROCEDIDOS

Os frisos antiderrapantes dos pneumáticos da motocicleta em lide apresentavam condições de trafegabilidade e os exames nos sistemas de segurança, freio e direção, nada revelaram de anormal. Havia sobre a calçada destinada a pedestres, marcas de arrastamento metálico com a extensão de dois metros e cinquenta centímetros (2,5m), deixadas pelo V1(MOTO), ver croqui.

### IV – ANÁLISE TÉCNICA

Embasado nos vestígios materiais encontrados no local de delito de trânsito e no disciplinamento do mesmo, o infra-assinado entende que o evento ocorreu quando o V2(AMBULÂNCIA) que, por seu condutor, ingressava no cruzamento em tela, procedente da Rua Jaime da Fonte, momento em que colidiu com o lado direito de sua região frontal contra a região lateral direita do V1(MOTO) que, por seu condutor, também galgava o cruzamento em tela, porém procedente do segmento de pista da Av Agamenom Magalhães com sentido de tráfego Derby/Olinda.

As posições dos veículos, quando da chegada da equipe técnica ao local, podem ser constatadas no croqui ilustrativo em anexo.

27/10/2019 10:00:37 Página 5 de 7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



## V - CONCLUSÃO

Com base nos exames periciais realizados no local de Ocorrência de Trânsito e em tudo quanto foi exposto no corpo deste Laudo, o perito criminal por ele responsável, conclui que:

- a) O veículo motocicleta da marca Honda, modelo NX Bros, vermelha com placa de matrícula PFM-4645-PE e o veículo do tipo furgão, utilizado como ambulância pelo Hospital do Câncer, da marca Fiat, modelo Ducato, pintado na cor predominante branca e com placas de matrícula PDQ-9667-PE se ENVOLVEU EM OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO DO TIPO COLISÃO;
- b) Do evento, resultaram avarias nos veículos e ferimentos no(s) ocupante(s) do V1(MOTO);
- c) A causa determinante do evento foi o avanço indevido de sinal, no entanto, o infrassinado não dispõe de elementos materiais para determinar qual dos veículos ingressou no cruzamento em lide com o sinal na sua fase vermelha.

## VI - ENCERRAMENTO

Eu, **RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA**, Perito Criminal deste Instituto de Criminalística, redigi e digitei o presente Laudo de EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO, que se encontra digitado no anverso de cinco (05) folhas de papel tamanho oficial (um original e uma cópia), a encimar o timbre do Estado de Pernambuco. Ilustra-o um croqui ilustrativo. SDS/GGPOC/ICPAS.

Recife, 27 de outubro de 2019, (13/10/2019).

Dr. RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA



Assinado digitalmente por **RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA**, Perito Criminal, Matrícula nº 193.401-5, CPF xxx.106.964-xx, em 27/10/2019 10:09:37.

Polícia Científica - Autenticidade, integridade e irretratabilidade deste arquivo eletrônico SDS-PE podem ser conferidas em: <http://validacao.sds.pe.gov.br/>

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080  
Fone: (81) 33032036 - FAX: (81) 33032022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br





INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
DE INVESTIGACION TECNICA  
GETOY VILLAS DE LAZOS  
CALLE 100 Y 101 UNIV. CALZ.  
TEL. 13 12 19

CHEFE DEL SERVICIO DE LAZOS

160



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021213/20

**Vítima:** MARCOS ALAN DA SILVA

**CPF:** 073.152.184-67

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 13/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS ALAN DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

### MARCOS ALAN DA SILVA : 073.152.184-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005729/20

**Vítima:** MARCOS ALAN DA SILVA

**CPF:** 073.152.184-67

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 13/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS ALAN DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

### MARCOS ALAN DA SILVA : 073.152.184-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

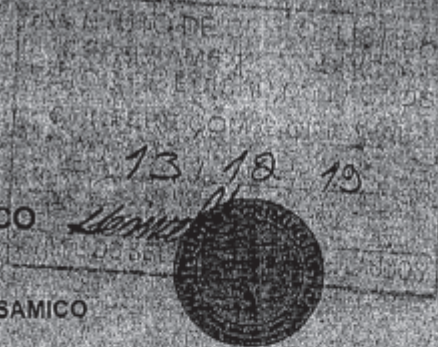
Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO



Dados da Origem:

Nº PROTOCOLO: 652283

Requisição: D652283/2019 - DELEGACIA DE POLICIA DA 004A. CIRCUNSCRICAO - ESPINHEIRO - RECIFE

REQUISITANTE: CIODS CIODS



Identificação do Laudo: Aepkg-Ctb\_2svTG5tXDydeSIDsGg7-SYr1L5Z4Pmac1

GGPOC - IC - ICPAS (Recife) - UNICOPLAN

Laudo Pericial: 35.198/2019

Dados do exame:

NATUREZA: COLISÃO  
LOCAL DO EXAME: RUA ODORICO MENDES, Nº 700, CAMPO GRANDE - RECIFE  
DATA DO EXAME: 13/10/2019  
ENVOLVIDO(S):

Destinatário:

DELEGACIA DE POLICIA DA 004A. CIRCUNSCRICAO - ESPINHEIRO

PERITO(A) CRIMINAL: Dr(a). RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA

NÃO ACOMPANHA(M) PEÇA(S)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

13 12 13



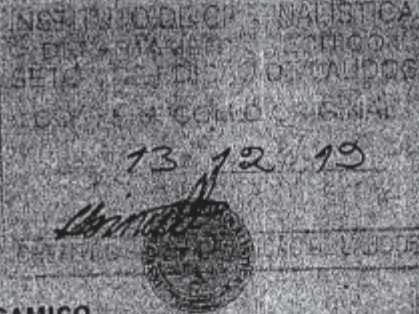
## EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

REP – 35198/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



## EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

**REP - 351948/2019**

### **I - INTRODUÇÃO**

**Data da Ocorrência:** Aos treze dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezanove (13/10/2019);

**Autoridade Requisitante:** Centro Integrado de Defesa Social;

**Hora da Chamada:** Às treze horas e quarenta e oito minutos (13h48min);

**Hora da Chegada ao Local:** Às quatorze horas e quatro minutos (14h04min);

**Local do Evento:** Cruzamento da Av Agamenom Magalhães com a Rua Jaime da Fonte, Santo Amaro, Recife - PE. 2ª Circunscrição.

**Natureza do Evento:** COLISÃO;

**Término do Exame:** Às quinze horas e dez minutos (15h10min), do mesmo dia;

### **II - HISTÓRICO DO FATO**

**Condições do Local:** O cruzamento em tela era dotado de sinalização dos tipos horizontal e vertical e o fluxo de veículos era controlado por semáforo eletro-eletrônico (semáforo 049), que por ocasião dos exames periciais, funcionava normalmente; também foi verificada a existência de câmeras de segurança pertencentes ao CIODS, no entanto, essas câmeras se encontravam desativadas, segundo informações prestadas pelo CB Porfírio, militar de serviço e contatado por telefone no local e na hora do evento; o referido contato foi feito e comunicado ao infrassinado pelo SI Túlio, matrícula 61291-3,





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

13 12 19



Comandante da equipe da CTTU, transportada pela VT 12, que fez a segurança e isolamento do local.

O evento ocorreu no cruzamento do segmento de pista da Av Agamenom Magalhães com sentido de tráfego Derby/Olinda com a Rua Jaime da Fonte/Rua Odorico Mendes, ver croqui.

A Av Agamenom Magalhães era composta por dois segmentos de pista separados pelo canal do Derby, era pavimentada com placas de concreto e recapeamento asfáltico em bom estado de conservação, margeada por imóveis residenciais e comerciais, construídos em alvenaria de tijolos e argamassa de cimento e ladeada por calçadas destinadas a pedestres; oferecia sentido duplo de tráfego, Derby/Olinda e vice-versa, com quatro faixas de trânsito para cada sentido de tráfego, delimitadas por faixas brancas grafadas no pavimento.

A Rua Jaime da Fonte era composta por dois segmentos de pistas, separados por um canteiro central, pavimentada com recapeamento asfáltico em bom estado de conservação, margeada por imóveis residenciais e comerciais, construídos em alvenaria de tijolos e argamassa de cimento e ladeada por calçadas destinadas a pedestres; oferecia sentido duplo de tráfego, Recife Antigo/Água Fria e vice-versa, com duas faixas de trânsito para cada sentido de tráfego, separadas por linhas brancas grafadas no pavimento.

Durante os exames era dia, o tempo estava bom e as pistas secas, a visibilidade era boa e o tráfego de veículos era intenso. Presente ao local estava a VT 122 da CTTU, que transportava a equipe comandada pela SI TULIO, matrícula 61.291-3, que fez a segurança e isolamento do local.

**Veículos Envolvidos:** Motocicleta da marca Honda, modelo NX Bros, vermelha, PFM-4645-PE e o veículo do tipo furgão, utilizado como ambulância a serviço do Hospital do Câncer, da marca Fiat, modelo Ducato, pintado na cor predominante branca e com placas de matrícula PDQ-9667-PE. Ditos veículos serão referidos no decorrer deste documento como sendo V1(MOTO) e V2(AMBULÂNCIA), respectivamente.

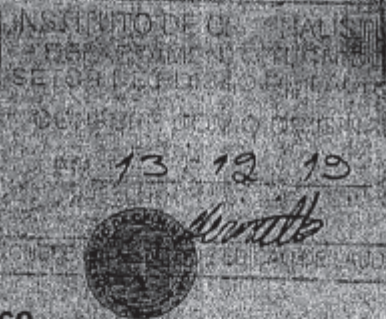
**Sentido de Tráfego:** O V1(MOTO) ingressava no cruzamento em tela procedente do segmento de pista da Av Agamenom Magalhães com sentido de tráfego, Derby/Olinda e o V2(AMBULÂNCIA) galgava este mesmo cruzamento procedente da Rua Jaime da Fonte no sentido de tráfego Recife Antigo/Água Fria. Ver croqui.

**Danos Materiais:** O V1(MOTO) exibia avarias na sua região lateral direita, produzidas na colisão com o V2(AMBULÂNCIA) e na sua região lateral esquerda, produzidas no arrastamento sobre o pavimento. O V2(AMBULÂNCIA) apresentava avarias no lado direito de sua região frontal, produzidas no embate com o V1(MOTO).





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



**Posição dos veículos:** O V2(AMBULÂNCIA) foi retirado de sua posição de repouso final original e colocado conforme consta no croqui ilustrativo em anexo pela equipe da CTTU presente no local, sem prejuízos para os exames periciais.

**Condutores:** Apresentou-se como condutor do V2(AMBULÂNCIA), o SR GLEIBSON IRAQUITAN DE LIMA COSTA, CNH Rg Nº 00828813284, categoria "AD" e validade até 26/04/22, que informou residir na Rua Sétia, 30, Ouro Preto, Olinda, PE. O condutor do v1(moto) foi socorrido a um hospital.

**Vítimas:** Ocupante(s) do V1(MOTO);

**Testemunhas:** Não se apresentaram durante os exames periciais.

### III – EXAMES PROCEDIDOS

Os frisos antiderrapantes dos pneumáticos da motocicleta em lide apresentavam condições de trafegabilidade e os exames nos sistemas de segurança, freio e direção, nada revelaram de anormal. Havia sobre a calçada destinada a pedestres, marcas de arrastamento metálico com a extensão de dois metros e cinquenta centímetros (2,5m), deixadas pelo V1(MOTO), ver croqui.

### IV – ANÁLISE TÉCNICA

Embasado nos vestígios materiais encontrados no local de delito de trânsito e no disciplinamento do mesmo, o infra-assinado entende que o evento ocorreu quando o V2(AMBULÂNCIA) que, por seu condutor, ingressava no cruzamento em tela, procedente da Rua Jaime da Fonte, momento em que colidiu com o lado direito de sua região frontal contra a região lateral direita do V1(MOTO) que, por seu condutor, também galgava o cruzamento em tela, porém procedente do segmento de pista da Av Agamenom Magalhães com sentido de tráfego Derby/Olinda.

As posições dos veículos, quando da chegada da equipe técnica ao local, podem ser constatadas no croqui ilustrativo em anexo.

27/10/2019 10:00:37 Página 5 de 7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



13 12 19  
*ramello*

## V - CONCLUSÃO

Com base nos exames periciais realizados no local de Ocorrência de Trânsito e em tudo quanto foi exposto no corpo deste Laudo, o perito criminal por ele responsável, conclui que:

- a) O veículo motocicleta da marca Honda, modelo NX Bros, vermelha com placa de matrícula PFM-4645-PE e o veículo do tipo furgão, utilizado como ambulância pelo Hospital do Câncer, da marca Fiat, modelo Ducato, pintado na cor predominante branca e com placas de matrícula PDQ-9667-PE se ENVOLVEU EM OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO DO TIPO COLISÃO;
- b) Do evento, resultaram avarias nos veículos e ferimentos no(s) ocupante(s) do V1(MOTO);
- c) A causa determinante do evento foi o avanço indevido de sinal, no entanto, o infrassinado não dispõe de elementos materiais para determinar qual dos veículos ingressou no cruzamento em lide com o sinal na sua fase vermelha.

## VI - ENCERRAMENTO

Eu, **RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA**, Perito Criminal deste Instituto de Criminalística, redigi e digitei o presente Laudo de EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO, que se encontra digitado no anverso de cinco (05) folhas de papel tamanho oficial (um original e uma cópia), a encimar o timbre do Estado de Pernambuco. Ilustra-o um croqui ilustrativo. SDS/GGPOC/ICPAS.

Recife, 27 de outubro de 2019, (13/10/2019).

Dr. RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA



Assinado digitalmente por **RAIMUNDO REGINALDO DE OLIVEIRA**, Perito Criminal, Matrícula nº 193.401-5, CPF xxx.106.964-xx, em 27/10/2019 10:09:37.

Polícia Científica - Autenticidade, integridade e irretratabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validacao.sds.pe.gov.br/>

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080  
Fone: (81) 33032036 - FAX: (81) 33032022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br





INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
DE INVESTIGACIONES TECNICO  
DE INVESTIGACIONES  
DE INVESTIGACIONES  
13 12 10  
CHILE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024791 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ALAN DA SILVA **Data do acidente:** 13/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 22/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO MÉDIO PÉ DIREITO  
FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) P6 7

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 MEMBRO INFERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 35%       | R\$ 4.725,00             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 35 %      | R\$ 4.725,00             |



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: MARCOS ALAN DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. PRODUTOS  
Identidade: 7110238 SDS/PE CPF: 073.152.184-67  
Endereço: RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ Nº 180  
NESTORRO, ABREU E LIMA/PE. CEP-53.560-795

## **PROCURADOR (A):**

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 13 / 10 / 2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista 11-11-2019  
Local e data

Marcos Alan da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO**  
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador  
Av. Marechal Floriano Peixoto, 76 - CEP 53691-460 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-9991

Reconheço por autenticidade a firma MARCOS ALAN DA SILVA:  
Dou fé, Paulista/PE, 11/11/2019 09:48:44 Emol: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,30; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08 FERM 0,04; FUNSEG 0,08. Op. 220  
SÉRGIO HENRIQUE DA SILVA - Escrevente autorizado.

Selo: 0077552.FSG11201901.00918

Consulte a autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



AA498222



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: MARCOS ALAN DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. PRODUÇÃO  
Identidade: 7110238 SDS/PE CPF: 073.152.184-67  
Endereço: RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ Nº 180  
DESTERRO, ABREU E LIMA/PE. CEP-53.560-795

## **PROCURADOR(A):**

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 13 / 10 / 2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista 11-11-2019  
Local e data

Marcos Alan da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)

|                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO</b><br>Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador<br>Av. Marechal Floriano Peixoto, 76 - CEP 53691-460 - Paulista / PE - Fone: (81) 3055-9991                                                    |  | NOTAS: Escrituras, Atos Notariais, Proxies, Reconhecimentos de Firma, Autenticações, ETC.<br>Registro Civil de Imóveis - ETC. |
| Reconheço por autenticidade a firma MARCOS ALAN DA SILVA:<br>Ddu fé, Paulista/PE 11/11/2019 09:48:44 Emol: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,30; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08 FERM 0,04; FUNSEG 0,08. Op. 220<br>SÉRGIO HENRIQUE DA SILVA - Escrevente autorizado. |  |                                           |
| Selo: 0077552.FSG11201901.00918<br>Consulte a autenticidade em: <a href="http://www.tjpe.jus.br/selodigital">www.tjpe.jus.br/selodigital</a>                                                                                                            |  |                                                                                                                               |

AA438222



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021213/20

**Vítima:** MARCOS ALAN DA SILVA

**CPF:** 073.152.184-67

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 13/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS ALAN DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

### MARCOS ALAN DA SILVA : 073.152.184-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



---

**Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200024791**

**Vítima: MARCOS ALAN DA SILVA**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

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

**Senhor(a), MARCOS ALAN 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, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024791

Vítima: MARCOS ALAN DA SILVA

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS ALAN 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\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MARCOS ALAN DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000008187-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.152.184-67 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ALAN DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARCOS ALAN DA SILVA 6 - CPF: 073.152.184-67  
7 - Profissão: Adv. PROCURADOR 8 - Endereço: RUA ROSA DORADA DA CRUZ 9 - Número: 130 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: NOSSO REIO 12 - Cidade: AGRIO E LINDA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 53.560.795  
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0063

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3122 CONTA: 0008187  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: AGRIO E LINDA 03/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**

POUPANÇA

6277 8014 0461 6645

MARCOS ALAN DA SILVA

3122 013 00008187-0 05/20



Scanned with  
CamScanner

el



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **073.152.184-67** 4 - Nome completo da vítima: **MARCELO ALAN DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **MARCELO ALAN DA SILVA** 6 - CPF: **073.152.184-67**  
7 - Profissão: **AVULSO** 8 - Endereço: **RUA ROSA DORADA DA CRUZ** 9 - Número: **130** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **NOSSO REIO** 12 - Cidade: **AGREVO E LINDA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.360-795**  
15 - E-mail: **balbino@pe@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(81) 999441109** 17 - Tel. (DDD): **(81) 3538-0063**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **3122** CONTA: **0008187** 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Agrevo e Linda 03/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**

POUPANÇA

6277 8014 0461 6645

MARCOS ALAN DA SILVA

3122 013 00008187-0 05/20



Scanned with  
CamScanner

el



570800  
0005729/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E1174016592**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2019** às **10:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **13/10/2019** às **13:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 01, NO CRUZAMENTO EM FRENTE AO IC** - Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
HOSPITAL DO CÂNCER ( OUTRO )  
MARCOS ALAN DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS ALAN DA SILVA**

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

**MARCOS ALAN DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA**  
Pai: **MARCOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **4/2/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7110238/SDS/PE (RG), 07315218467 (CPF), 06985389954 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:  
**- 986014299**

Endereço Residencial: **RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ, 180, CASA - CEP: 0 - Bairro: DESTERRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**HOSPITAL DO CÂNCER** - 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)**



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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFM4645** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **465673325** Chassi: **9C2KD0540CR541389**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **VEÍCULO REGISTRADO NO NOME DE RANA MAGALI CARNEIRO DA SILVA.**

**AMBULÂNCIA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **HOSPITAL DO CÂNCER**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/DUCATO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDQ9667** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

### Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTE PLANTÃO POLICIAL O SENHOR MARCOS ALAN E PASSOU A NARRAR QUE NA DATA E LOCAL INDICADOS NESTE BO FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO QUAL VEIO A SOFRER VÁRIAS LESÕES(ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO PÉ DIREITO). O DECLARANTE AFIRMA QUE ESTAVA GUIANDO SUA MOTO DE FORMA REGULAR, DENTRO DO LIMITE DE VELOCIDADE E COM FARÓIS ACESSOS, INDO SENTIDO RECIFE-OLINDA QUANDO AO ATRAVESSAR O CRUZAMENTO DO LOCAL DO ACIDENTE FOI ATINGIDO POR UMA AMBULÂNCIA QUE VINHA NO SENTIDO CRUZ CABUGA-ODORICO MENDES. O DECLARANTE AFIRMA QUE O SEMÁFORO ESTAVA VERDE PARA ELE E QUE A AMBULÂNCIA QUE COLIDIU COM ELE ATRAVESSOU O CRUZAMENTO ESTANDO O SINAL VERMELHO PARA ELA E VEIO A CAUSAR O ACIDENTE.O DECLARANTE AFIRMA QUE NÃO SABE INFORMAR SE A AMBULÂNCIA ESTAVA COM A SIRENE LIGADA, MAS AFIRMA NÃO TER ESCUTADO NENHUM SINAL SONORO BEM COMO NÃO VIU SINAL LUMINOSO LIGADO NA AMBULÂNCIA. O DECLARANTE AFIRMA QUE A AMBULÂNCIA NÃO ESTAVA CARREGANDO PACIENTE ALGUM TANTO QUE O MOTORISTA, E UMA MULHER QUE O ACOMPANHAVA NA AMBULÂNCIA, FICARAM NO LOCA AGUARDANDO A CHEGADA DOS BOMBEIROS E DO IC. O DECLARANTE AFIRMA QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA UPA DE OLINDA E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM PAULISTA. O CASO FICA AFETO A DELEGACIA DA BOA VISTA(2ªCIRCUNSCRIÇÃO).

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

**MARCOS ALAN DA SILVA**  
(VITIMA)

*Marcos Alan da Silva*

B.O. registrado por: **CLOVIS DA SILVA MONTEIRO FILHO** - Matrícula: **320335-2**

*[Assinatura]*





570800  
0005729/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E1174016592**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2019** às **10:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **13/10/2019** às **13:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 01, NO CRUZAMENTO EM FRENTE AO IC** - Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
HOSPITAL DO CÂNCER ( OUTRO )  
MARCOS ALAN DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS ALAN DA SILVA**

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

**MARCOS ALAN DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA**  
Pai: **MARCOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **4/2/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7110238/SDS/PE (RG), 07315218467 (CPF), 06985389954 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:  
**- 986014299**

Endereço Residencial: **RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ, 180, CASA - CEP: 0 - Bairro: DESTERRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**HOSPITAL DO CÂNCER** - 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)**



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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFM4645** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **465673325** Chassi: **9C2KD0540CR541389**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **VEÍCULO REGISTRADO NO NOME DE RANA MAGALI CARNEIRO DA SILVA.**

**AMBULÂNCIA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **HOSPITAL DO CÂNCER**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/DUCATO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDQ9667** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

### Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTE PLANTÃO POLICIAL O SENHOR MARCOS ALAN E PASSOU A NARRAR QUE NA DATA E LOCAL INDICADOS NESTE BO FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO QUAL VEIO A SOFRER VÁRIAS LESÕES(ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO PÉ DIREITO). O DECLARANTE AFIRMA QUE ESTAVA GUIANDO SUA MOTO DE FORMA REGULAR, DENTRO DO LIMITE DE VELOCIDADE E COM FARÓIS ACESSOS, INDO SENTIDO RECIFE-OLINDA QUANDO AO ATRAVESSAR O CRUZAMENTO DO LOCAL DO ACIDENTE FOI ATINGIDO POR UMA AMBULÂNCIA QUE VINHA NO SENTIDO CRUZ CABUGA-ODORICO MENDES. O DECLARANTE AFIRMA QUE O SEMÁFORO ESTAVA VERDE PARA ELE E QUE A AMBULÂNCIA QUE COLIDIU COM ELE ATRAVESSOU O CRUZAMENTO ESTANDO O SINAL VERMELHO PARA ELA E VEIO A CAUSAR O ACIDENTE.O DECLARANTE AFIRMA QUE NÃO SABE INFORMAR SE A AMBULÂNCIA ESTAVA COM A SIRENE LIGADA, MAS AFIRMA NÃO TER ESCUTADO NENHUM SINAL SONORO BEM COMO NÃO VIU SINAL LUMINOSO LIGADO NA AMBULÂNCIA. O DECLARANTE AFIRMA QUE A AMBULÂNCIA NÃO ESTAVA CARREGANDO PACIENTE ALGUM TANTO QUE O MOTORISTA, E UMA MULHER QUE O ACOMPANHAVA NA AMBULÂNCIA, FICARAM NO LOCA AGUARDANDO A CHEGADA DOS BOMBEIROS E DO IC. O DECLARANTE AFIRMA QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA UPA DE OLINDA E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM PAULISTA. O CASO FICA AFETO A DELEGACIA DA BOA VISTA(2ªCIRCUNSCRIÇÃO).

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

**MARCOS ALAN DA SILVA**  
(VITIMA)

*Marcos Alan da Silva*

B.O. registrado por: **CLOVIS DA SILVA MONTEIRO FILHO** - Matrícula: **320335-2**

*[Assinatura]*





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.152.184-67 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ALAN DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARCOS ALAN DA SILVA 6 - CPF: 073.152.184-67  
7 - Profissão: Adv. PROCURADOR 8 - Endereço: RUA ROSA DORRADA DA CRUZ 9 - Número: 130 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: NOSSO REIRO 12 - Cidade: AGRÉV E LINDA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 53.560.795  
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0063

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3122 CONTA: 0008187  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: AGRÉV E LINDA 03/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.152.184-67 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ALAN DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARCOS ALAN DA SILVA 6 - CPF: 073.152.184-67  
7 - Profissão: Adv. PROCURADOR 8 - Endereço: RUA ROSA DORRADA DA CRUZ 9 - Número: 130 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: NOSSO REIO 12 - Cidade: AGRIO E LINDA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 53.560.795  
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0063

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3122 CONTA: 0008187 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: AGRIO E LINDA 03/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH001249 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>(a)</sup>. MARCOS ALAN DA SILVA, 32 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7110238 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 073.152.184-67, residente à RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ, nº 180, , DESTERRO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 13/10/2019, por volta das 13:09 hs, no endereço: AGAMENOM MAGALHÃES, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD VERMELHA PFM-4645-PE ; AMBULÂNCIA I/FIAT DUCATO CARGO 10 BRANCA PDQ-9667-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr<sup>(a)</sup> MARCOS ALAN DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 073.152.184-67 e Registro Geral ° 7110238, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798324-7 FAUSTO SILVA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1536930. Ficou aos cuidados do médico SERGIO PHELLIP, registro 23136. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/11/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001249*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH001249 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>(a)</sup>. MARCOS ALAN DA SILVA, 32 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7110238 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 073.152.184-67, residente à RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ, nº 180, , DESTERRO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 13/10/2019, por volta das 13:09 hs, no endereço: AGAMENOM MAGALHÃES, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD VERMELHA PFM-4645-PE ; AMBULÂNCIA I/FIAT DUCATO CARGO 10 BRANCA PDQ-9667-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr<sup>(a)</sup> MARCOS ALAN DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 073.152.184-67 e Registro Geral ° 7110238, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798324-7 FAUSTO SILVA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1536930. Ficou aos cuidados do médico SERGIO PHELLIP, registro 23136. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/11/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001249*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# 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: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE:    MARCOS ALAN DA SILVA

BANCO:        104

AGÊNCIA:    03122

CONTA:        000000008187-0

---

Nr. da Autenticação A7756C0AEDCD5325







ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170  
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

|                                   |                                |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| SITUACAO AGUA<br>LIGADO           | SITUACAO ETC<br>POTENCIAL      | 1                                 | 1                                    |
| DATA LEIT. ANTERIOR<br>A175224252 | DATA LEIT. ATUAL<br>30/10/2019 | DATA DE ATUALIZACAO<br>29/11/2019 | TIPO DE CONSUMO (LITROS)<br>MEDIA HD |

AGUA:  
LEIT ANT: 4 CONSUMO:1  
LEIT ATU: 4  
LEIT FAT: 4 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

10/2019 01  
09/2019 01  
08/2019 01  
07/2019 01  
06/2019 01  
05/2019 01  
MEDIA: 01

| PARAMETROS     | NUMERO DE AMOSTRAS         |                     |                    |
|----------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
|                | EXIG. PORT.<br>MS 2.914/11 | ANALISES<br>REALIZ. | ATENDEM<br>A LEGIS |
| TURBIDEZ       | 48                         | 48                  | 46                 |
| COR APARENTE   | 48                         | 48                  | 37                 |
| CLORO RESIDUAL | 48                         | 48                  | 48                 |
| COLIF. TOTAIS  | 48                         | 48                  | 48                 |
| E. COLI        | 48                         | 48                  | 48                 |

Qualidade de Agua: www.conpesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÕES SANITARIAS DA AGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

| DESCRICAO DOS SERVICOS         | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------------|---------|------------|
| AGUA                           |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)       | 1 M3    | 44,08      |
| CONSUMO DE AGUA                |         |            |
| COMERCIAL 1 UNIDADE(S)         | 0 M3    | 64,84      |
| CONSUMO DE AGUA                |         |            |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019 |         | 2,19       |
| JUROS DE MORA 08/2019          |         | 0,96       |

| CONTRIBUICAO | BASE DE CALCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|--------------|-----------------|----------------|------------------|
| 108,92       | 108,92          | 1,65           | 1,80             |
|              |                 | 7,60           | 8,28             |

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR: 112,07

MENSAGEM:  
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURAS PENDENTES, NO  
TOTAL DE R\$ 111,13. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-  
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.







ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170  
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

|                                   |                                |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| SITUACAO AGUA<br>LIGADO           | SITUACAO ETC<br>POTENCIAL      | 1                                 | 1                                    |
| DATA LEIT. ANTERIOR<br>A175224252 | DATA LEIT. ATUAL<br>30/10/2019 | DATA DE ATUALIZACAO<br>29/11/2019 | TIPO DE CONSUMO (LITROS)<br>MEDIA HD |

AGUA:  
LEIT ANT: 4 CONSUMO:1  
LEIT ATU: 4  
LEIT FAT: 4 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

10/2019 01  
09/2019 01  
08/2019 01  
07/2019 01  
06/2019 01  
05/2019 01  
MEDIA: 01

| PARAMETROS     | NUMERO DE AMOSTRAS         |                     |                    |
|----------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
|                | EXIG. PORT.<br>MS 2.914/11 | ANALISES<br>REALIZ. | ATENDEM<br>A LEGIS |
| TURBIDEZ       | 48                         | 48                  | 46                 |
| COR APARENTE   | 48                         | 48                  | 37                 |
| CLORO RESIDUAL | 48                         | 48                  | 48                 |
| COLIF. TOTAIS  | 48                         | 48                  | 48                 |
| E. COLI        | 48                         | 48                  | 48                 |

Qualidade de Agua: www.conpesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÖES SANITARIAS DA AGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÖES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

| DESCRICAO DOS SERVICOS         | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------------|---------|------------|
| AGUA                           |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)       | 1 M3    | 44,08      |
| CONSUMO DE AGUA                |         |            |
| COMERCIAL 1 UNIDADE(S)         | 0 M3    | 64,84      |
| CONSUMO DE AGUA                |         |            |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019 |         | 2,19       |
| JUROS DE MORA 08/2019          |         | 0,96       |

| CONTRIBUICAO | BASE DE CALCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|--------------|-----------------|----------------|------------------|
| 108,92       | 108,92          | 1,65           | 1,80             |
|              |                 | 7,60           | 8,28             |

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR: 112,07

MENSAGEM:  
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURACAO PENDENTES, NO  
TOTAL DE R\$ 111,13. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-  
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **MAREOS ALAN DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **073.152.184-67**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **MAREOS ALAN DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **073.152.184-67**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                        |                            |                                                |                                               |
|----------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Endereço <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b> |                            | Número <b>200</b>                              | Complemento <b>CASA</b>                       |
| Bairro <b>TIMBÓ</b>                    | Cidade <b>ABREU E LIMA</b> | Estado <b>PE</b>                               | CEP <b>53520170</b>                           |
| Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>   |                            | Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b> | Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b> |

**Abreu e Lima** de **03** de **Jan** de **2020**

**Rossana Lígia Fernandes Dantas**  
Assinatura do Declarante



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **MAREOS ALAN DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **073.152.184-67**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **MAREOS ALAN DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **073.152.184-67**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                        |                            |                                                |                                               |
|----------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Endereço <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b> |                            | Número <b>200</b>                              | Complemento <b>CASA</b>                       |
| Bairro <b>TIMBÓ</b>                    | Cidade <b>ABREU E LIMA</b> | Estado <b>PE</b>                               | CEP <b>53520170</b>                           |
| Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>   |                            | Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b> | Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b> |

**Abreu e Lima**, 03 de **Jan** de **2020**.

  
Assinatura do Declarante



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/10/2019 13:56

|       |                     |                     |
|-------|---------------------|---------------------|
|       | Nome Paciente:      | MARCOS ALN DA SILVA |
|       | Cód. Paciente:      |                     |
|       | Data de Nascimento: | 03/02/1989          |
|       | Sexo:               | Masculino           |
|       | Idade:              | 30 anos             |
|       | Senha:              | 0187                |
|       | Convênio:           | .                   |
|       | Atendimento:        |                     |
| SAME: |                     |                     |

Período: 13/10/2019 14:00 - 13/10/2019 14:02

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO LESAO EM MID APOS COLISAO MOTO /AMBULANCIA. NEGA AVOMITO E DESMAIO

Observação:

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/10/2019 14:02



Atendimento: 1536930

Senha da Classificação:

Data e Hora: 13/10/2019 14:04

Paciente: 524706 MARCOS ALAN DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/02/1989 Idade: 30 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ

0

Bairro: DESTERRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53570255

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

PACIENTE TOXICO PELA BOMBA DE  
CUMULADO DE ANTIACIDOS  
PERMANENTE TOXICO DA  
COPOLIMERIZADO

**Exame Físico**

FRENTE TOXICO DA DO E CUMULADO E NON

**Hipótese Diagnóstica**

OUTRO TOXICO DA (DO E CUMULADO)  
FATORIA LEXADO GABOLADO E CUMULADO

**Conduta Terapêutica**

SOLUÇÃO R.

**Prescrição Médica**

- TALC BOM  
- CEFALGOL 14 2FA 1AN. EV  
- TIANANOL 50MG 2FA 100MG 500. 1. EV  
- CEFOTAXIM 1FA 100MG 500. 1. EV  
- SIO ANALG.

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_ HMA \_\_\_\_\_ Senha: 5192189

13/10/19  
17:13  
UPA OLINDA  
Gestão Assunção  
Nutricionista  
CRN 10715

13/10/19

17:13

- PRODUZ - 5694131



1536930

PROD. PROD DO JAKU  
PARA PROD DO PROD



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/10/2019 20:30



Nome Paciente: MARCOS ALAN DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 04/02/1989  
Sexo: Masculino  
Idade: 30 anos  
Senha: 0030  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*Handwritten signature*

Período: 13/10/2019 20:57 - 13/10/2019 21:01

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA, COM SENHA: 5792484, VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, NEGA VOMITO E DESMAIO, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MID SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM  
- GLICOSE: 115.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGENIO: 99.00 %

RECEBADO  
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele

Sim ( ) Não ( )

Local

*Handwritten signature and stamp*

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/10/2019 21:01





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 499219

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 13/10/2019 21:07

Paciente: 130327 MARCOS ALAN DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/02/1989 Idade: 30 anos

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai: MARCOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ -

180

Bairro: DESTERRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: JULIANAPP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 21:07

Queixa Principal

Lesão de tendão em pé direito há 3 dias  
dor intensa no local  
sem inchaço / vermelhidão

Exame Físico

Lesão de tendão em pé direito  
dor intensa no local  
sem inchaço / vermelhidão

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

1x 75 / 7 dias  
curativo local / analgésico / anti-inflamatório  
em caso de dor

Dr. Marcelo Xavier  
Médico  
CRM - 12345

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

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

( ) Encaminhado ao setor de internação





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                |                                         |                                                                                 |               |                          |            |
|--------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|------------|
| 5 - Nome do Paciente           | MARCOS ALAN DA SILVA                    |                                                                                 |               | 6 - N° Prontuário        | 130327     |
| 7 - Cartão Nacional do SUS     | 8 - Data de Nascimento                  | 9 - Sexo                                                                        | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia             |            |
| 7018 04/02/1989 675            | 04/02/1989                              | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 02 - Preta    | 0000 - Não Se Aplica     |            |
| 11 - Nome da Mãe               | MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA            |                                                                                 |               | 12 - Telefone de Contato | 8197906360 |
| 13 - Nome Responsável          | ANA PAULA                               |                                                                                 |               | 14 - Telefone de Contato | 986014299  |
| 15 - Endereço (Rua, N° Bairro) | R. ROSA PEREIRA DA CRUZ, 180 - DESTERRO |                                                                                 |               |                          |            |
| 16 - Município                 | 17 - IBGE                               | 18 - UF                                                                         | 19 - CEP      |                          |            |
| ABREU E LIMA                   | 260005                                  | PE                                                                              | 53570255      |                          |            |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM PÉ DIREITO HA 8N HORAS APOS CLISAO MOTOXCARRO  
VÔMITOS / DESMAIOS / ALERGIA / COMORBIDADES  
LUXAÇÃO OSSOS MEIDIO/RETRO PÉ DIREITO

21 - Condições que justificam a internação  
NECESSIDADE CIRURGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE / EXAME FISICO / RADIOGRAFIA

|                                   |                       |                        |                               |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DO CALCANEIO              | S920                  | Z000<br>Y23.9          | 04.15.01.001.2                |

## 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 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA                                        | 2                           | (X) CNS ( ) CPF                                        | 181946626820009                                                       |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação    | 35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho) |                                                                       |
| GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO                    | 13/10/2019                  | 11075                                                  |                                                                       |

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

|                                 |                      |                     |            |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito   | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - N° 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 ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor |
|                                       | E260000001              |

|                 |                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------------------|
| 48 - Documento  | 49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |
| ( ) CNS ( ) CPF |                                                            |

|                          |                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)                 |
|                          | Adauto Telino<br>Traumatologia / Ortopedia<br>CRM 20671 TEOT: 15866 |

AIH  
261910222786-3

AIH  
261910222787-4



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

Página.: 0001

Data.....: 14/10/2019

Hora.....: 00:32

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 60181

Sala : 0003

SALA 03

Paciente : 130327

MARCOS ALAN DA SILVA

Atendimento : 499228

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 490

VERMELHO - EXTRA 016

Idade : 30 Anos

Dt. Inicio : 13/10/2019 23:40

Dt. Fim : 14/10/2019 00:20

Cid Pré-Operatório : S923

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Cid Pós-Operatório :

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050713

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

11075 GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO

ANESTESISTA

19396 LOUISE FARIAS BRITO

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE MEDIÓPÉ + FX DE CALCÂNEO À DIREITA

CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + RFFI COM FIOS K

CIRURGIÃO: DR. GUSTAVO SOUZA LEÃO

1º AUXÍLIO: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA

ANESTESISTA: DRA. LOUISE

ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. VISUALIZADO FERIMENTO EM FACE DORSO-MEDIAL DO PÉ DIREITO;
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM 10 LITROS DE SF 0,9%;
6. REALIZADO REDUÇÃO DA LUXAÇÃO DO MEDIÓPÉ E FIXAÇÃO COM FIOS K Nº 2.0;
7. ALINHAMENTO DE FRATURA DO CALCÂNEO E FIXAÇÃO COM FIO K Nº 4.0;
8. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. SUTURA COM NYLON 2.0
10. CURATIVO ESTÉRIL + OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL
11. TALA BOTA EM MID

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

**FATURADO**  
14/10/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
PATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira  
Médico(a) Traumatologista  
CRM-4122-1039

DR(A) : GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO  
CRM : 11075



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

Página.: 0001

Data.....: 02/11/2019

Hora.....: 14:23

Aviso de Cirurgia : 60640

Paciente : 130327

Convênio Atend. :

Leito :

Dt. Início : 02/11/2019 09:00 Dt. Fim : 02/11/2019 11:30

Cid Pré-Operatório : S920

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003

SALA 03

MARCOS ALAN DA SILVA

Atendimento :

Carteira :

Idade : 30 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050535

TRAT CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEIO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

JRGIAO

18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

ANESTESISTA

3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FX DE CALCÂNEO + FX DE TALUS + FX-LX DO CALCÂNEO À DIREITA

CIRURGIA: RMS + LC/DC + RAFI COM FIOS K

CIRURGIÃO: DR. GABRIEL MONTEIRO

1º AUXÍLIO: DR. JOAO PAULO NOBRE

ANESTESISTA: DR. CALYTON CHIVERS

ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. GARROTEAMENTO EM COXA DIREITA + ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. RETIRADA DE 03 FIOS K + INCISÃO DE PELE DE 10CM EM DORSO DO PÉ DIREITO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS;
6. VISUALIZADO SAÍDA DE SECREÇÃO SEROPURULENTO;
7. REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%;
8. IDENTIFICADO FRATURA COMINUTA EM FACE MEDIAL DO TALUS E RESSECADO FRAGMENTOS;  
VISUALIZADO FRATURA COMPLEXA EM ARTICULAÇÃO DE LISFRANC;
9. REDUÇÃO FECHADA DA FRATURA DO CALCÂNEO + REDUÇÃO ABERTA DE FRATURA DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC E  
FIXAÇÃO COM 04 FIOS K Nº 2,0 POSTERIORES ATÉ METATARSOS;
11. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
12. LIMPEZA COM SF 0,9%;
13. COLOCADO DRENO ASPIRATIVO;
14. SUTURA POR PLANOS;
16. CURATIVO ESTÉRIL;
17. CONTROLE COM RX;

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar****FATURADO**  
4/11/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTAManoel Oliveira Ferreira  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-PE 24589

DR(A) :



## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: MARCOS ALAN DA SILVA

IDADE: 30 A SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 13/10/19

REG: 130327

DATA DA ALTA: 4/11/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA- LUXAÇÃO EXPOSTA DE TÁLUS + FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- 14/10/19 LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO COM FIOS K
- 02/11/19 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + LIMPEZA CIRPÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO+ REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
- CURATIVO DIÁRIO;
- FAZER USO DE CIPROFLOXACINO E CLINDAMICINA POR 14 DIAS;
- NÃO PISAR. DEAMBULAR COM PAR DE MULETAS OU ANDADOR.
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( x ) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Scanned with  
CamScanner





**HOSPITAL**  
**MIGUEL ARRAES**

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

# FICHA DE INTERNAÇÃO

**Cód. Atendimento: 499228**

**Usuário: JACKELINEEFL**

## DADOS DO PACIENTE

**Paciente:** MARCOS ALAN DA SILVA **Prontuário:** 130327  
**Idade:** 30a 8m 7d **Sexo:** M **Estado Civil:** SOLTEIRO **Data de Nascimento:** 04/02/1989  
**Profissão:** **Escolaridade:** -  
**R.G.:** 7110231 **C.P.F.:** **Telefone:** 986014299 **CEP:** 53570255  
**Endereço:** RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ, 180 - DESTERRO - ABREU E LIMA - PE  
**Dados da Internação**  
**Origem:** INTERNACAO **Data e Hora da Internação:** 13/10/2019 22:00  
**Convênio:** SUS - INTERNACAO **Plano:** GERAL  
**Unidade Internação:** VERMELHA - EMERGENCIA **Acomodação:** ENFERMARIA DE OBSERVACAO **Leito:** VERMELHO - EXTRA 016  
**Local Internação:** PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

## DADOS DO RESPONSÁVEL

**Nome:** **R.G.:** **C.P.F.:** **FATURADO**  
**Endereço:** **Numero:** **CLAUDEVAN SOUSA**  
**Telefone:** **Cidade:** **Estado civil:** **PATRONATO**

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

**Data da Alta:** 04/11/19 **Hora da Alta:** \_\_\_\_\_

**Motivo:** ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

**Condições de Alta:** Boas condições clínicas

**Diagnóstico Principal.....:** Fx de calcâneo Esg

**Diagnóstico Secundário01.:** Fx de Talus Esg

**Diagnóstico Secundário02.:** \_\_\_\_\_

**Tratamento.....:** 1º) RFFI + DC + LC  
2º) RFFI com Fio K

REVISADO  
COIH-HM

*Dr. Paulo Henrique de Lima*

**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 \_\_\_\_\_

*Dr. Paulo Henrique de Lima*  
**Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável**









**MIGUEL ARRAES**



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: [Assunto] *Assunto*  
CLÍNICA: *Assunto* EN

REG:[Categoria] 130325  
LEITO: 0

**ENFERMAGEM:**

**LEITO:**

| DATA/HORA  | # 901#                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22/10/2019 | 20:03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <p>40 Ex. no monitor de medicação e Ex. de rotina D<br/>           ?C(13/9): LCPSC + LFFI com par K<br/>           Paciente estável com sinais vitais. VAD em<br/>           -ção adequada. Seg. apresentando em seguimento de<br/>           até a nível distal e baixa perfusão distal.<br/>           ECG, WTE, encefalo e abdominal.<br/>           CD: hemodinâmica melhorada de ontem após 12" tempo<br/>           mínimo.</p> |
|            | <p>Manutinha intermitente</p> <p>Dr. Luiz Rogério Macedo<br/>           Médico<br/>           CRM-PE 27655 CRM-BR</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 25/10/2019 | 14:13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <p># 901#</p> <p>40: Ex. no monitor / 20: Ex. no monitor<br/>           Paciente estável, sinais vitais, sinais apresentados<br/>           de melhora e de. Apresenta a nível de torção e<br/>           de. VAD com WTE melhorada.<br/>           ECG, WTE, encefalo e abdominal.<br/>           CD: hemodinâmica melhorada de ontem após 12" tempo<br/>           mínimo.</p>                                                      |
|            | <p>Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes<br/>           Médico<br/>           CRM-PE 27655 CRM-BR 20055</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 25/10/2019 | 15:19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <p># 901#</p> <p>40: Ex. no monitor / 20: Ex. no monitor<br/>           Paciente estável, sinais vitais, sinais apresentados<br/>           de melhora e de. Apresenta a nível de torção e<br/>           de. VAD com WTE melhorada.<br/>           ECG, WTE, encefalo e abdominal.<br/>           CD: hemodinâmica melhorada de ontem após 12" tempo<br/>           mínimo.</p>                                                      |
|            | <p>Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes<br/>           Médico<br/>           CRM-PE 27655 CRM-BR 20055</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Dr. Luiz Rogério de Jesus Gomes  
Médico  
CRM-PE 27866 CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes  
Médico  
CRM-PE 27656 CRM-B 32933

100-443886-1725  
Medico  
Jado Marcelo Xavier



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 499219      Prontuário: 130327      SAME: 116951      Hora Atend: 21:07      Data Atend:13/10/2019  
Paciente..... : MARCOS ALAN DA SILVA      Idade: 30 a  
Endereço..... : RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ  
Bairro..... : DESTERRO  
Cidade..... : ABREU E LIMA      UF.: PE      CEP: 53570255  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 13/10/2019      Hora Saída :21:58

Prestador da Evolução Médica:      PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DIAGNOSTICO**  
ENF ANDREA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendimento: 499228

Dt Atendimento: 13/10/2019 - 22:00

Dt Alta: 04/11/2019 - 16:34

Paciente: 130327 MARCOS ALAN DA SILVA

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 69 ORTL-511-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: EVAIROD

CID:

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

Observação de Alta

\_\_\_\_\_  
EVAIR OLIVEIRA DIAS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5792484

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: FRANCISCA ALAN DO SILVA Idade: 30 anos

Sexo: M (x) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: ARACUÁ - LIMA PE

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )

Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )

Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )

Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )

Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )

Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura

Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_

Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_

Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: PACIENTE COM QUEIMADURA DE 1º GRAU EM MÃO ESQUERDA E 2º GRAU EM MÃO DIREITA, COM FRATURAS DE MÃO ESQUERDA E DE MÃO DIREITA.

Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE MÃO ESQUERDA E DE MÃO DIREITA.

### AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x

Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )

Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )

Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )

Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )

Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )

Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



57.2466  
00.21.213/20

RECEITUÁRIO

marcos Alan da Silva

lindo Médico

paciente foi vítima de Fratura/  
luxação exposta do retrope-  
dinto há 2 meses. Evolui  
com dor e limitação funcional  
definitiva. Sugiro afastamento  
de suas atividades físicas

CID: S92

23 DEZ 2019

Dr. [Signature]  
C.R. [Signature]  
C.F. [Signature]

LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/10/2019 13:56

|       |                     |                     |
|-------|---------------------|---------------------|
|       | Nome Paciente:      | MARCOS ALN DA SILVA |
|       | Cód. Paciente:      |                     |
|       | Data de Nascimento: | 03/02/1989          |
|       | Sexo:               | Masculino           |
|       | Idade:              | 30 anos             |
|       | Senha:              | 0187                |
|       | Convênio:           | .                   |
|       | Atendimento:        |                     |
| SAME: |                     |                     |

Período: 13/10/2019 14:00 - 13/10/2019 14:02

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO LESAO EM MID APOS COLISAO MOTO /AMBULANCIA. NEGA AVOMITO E DESMAIO

Observação:

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/10/2019 14:02



Atendimento: 1536930

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 13/10/2019 14:04

Paciente: 524706 MARCOS ALAN DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/02/1989

Idade: 30 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ -

0 -

Bairro: DESTERRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53570255

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

PACIENTE TOXICO PELA BOMBA DE  
CUMULADO DE DROGAS E ALCOOL  
PERMANENTE TOXICO DA BOMBA DE  
CUMULADO

**Exame Físico**

FERIDAS TOXICO DA BOMBA DE ALCOOL E DROGAS

**Hipótese Diagnóstica**

INTOXICAÇÃO TOXICA DA BOMBA DE ALCOOL E DROGAS  
FRATURA LACERACÃO GASTROINTESTINAL DE CISTITIS.

**Conduta Terapêutica**

SOLUÇÃO R.

**Prescrição Médica**

- TALC BOMBA  
- CEFALOXIM 1g 2FA 12H  
- METOPROLOLOL 50mg 2FA 12H  
- CEFOTRIAXO 1g 1FA 12H  
- SUC ALARCO.

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_ HMA \_\_\_\_\_ Senha: 5192189

180011091  
03122-RE-18087  
Oncologia / Triagem  
06/10/2019  
15:00  
Membro/Médico

13/10/19

17:13.

- PRODUZ - 5694131



1536930

UPA OLINDA  
Gestão Assunção  
Nutricionista  
CRN 10715

plano. outro do JAKU  
PARA TENDÃO do paciente



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/10/2019 20:30



Nome Paciente: MARCOS ALAN DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 04/02/1989  
Sexo: Masculino  
Idade: 30 anos  
Senha: 0030  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*Handwritten signature*

Período: 13/10/2019 20:57 - 13/10/2019 21:01

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPB DE OLINDA, COM SENHA: 5792484, VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, NEGA VOMITO E DESMAIO, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MID SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM  
- GLICOSE: 115.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGENIO: 99.00 %

RECEBADO  
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele

Sim ( ) Não ( )

Local

Local:   
Data:   
Assinatura:   
Carimbo:   
Assinatura:   
Carimbo:

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/10/2019 21:01





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 499219

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 13/10/2019 21:07

Paciente: 130327 MARCOS ALAN DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/02/1989 Idade: 30 anos

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai: MARCOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ -

180

Bairro: DESTERRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: JULIANAPP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 21:07

Queixa Principal

Lesão de tendão em pé direito há 3 dias  
dor intensa no local  
sem inchaço / vermelhidão

Exame Físico

Lesão de tendão em pé direito  
dor intensa no local  
sem inchaço / vermelhidão

Hipótese Diagnóstica

Lesão de tendão em pé direito  
dor intensa no local  
sem inchaço / vermelhidão

Prescrição Médica

1x 75 / 7 dias  
curativo local / analgésico / anti-inflamatório  
sem inchaço

Dr. Marcelo Xavier  
Médico  
CRM - 12345

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

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

( ) Encaminhado ao setor de internação





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                |                                         |                                                                                     |               |                          |            |
|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|------------|
| 5 - Nome do Paciente           | MARCOS ALAN DA SILVA                    |                                                                                     |               | 6 - N° Prontuário        | 130327     |
| 7 - Cartão Nacional do SUS     | 8 - Data de Nascimento                  | 9 - Sexo                                                                            | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia             |            |
| 7018 04/02/1989 675            | 04/02/1989                              | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3 | 02 - Preta    | 0000 - Não Se Aplica     |            |
| 11 - Nome da Mãe               | MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA            |                                                                                     |               | 12 - Telefone de Contato | 8197906360 |
| 13 - Nome Responsável          | ANA PAULA                               |                                                                                     |               | 14 - Telefone de Contato | 986014299  |
| 15 - Endereço (Rua, N° Bairro) | R. ROSA PEREIRA DA CRUZ, 180 - DESTERRO |                                                                                     |               |                          |            |
| 16 - Município                 | 17 - IBGE                               | 18 - UF                                                                             | 19 - CEP      |                          |            |
| ABREU E LIMA                   | 260005                                  | PE                                                                                  | 53570255      |                          |            |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM PÉ DIREITO HA 8N HORAS APOS CLISAO MOTOXCARRO  
VÔMITOS / DESMAIOS / ALERGIA / COMORBIDADES  
LUXAÇÃO OSSOS MEIDIO/RETRO PÉ DIREITO

21 - Condições que justificam a internação  
NECESSIDADE CIRURGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE / EXAME FISICO / RADIOGRAFIA

|                                   |                       |                        |                               |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DO CALCANEIO              | S920                  | Z000<br>Y23.9          | 04.15.01.001.2                |

## 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 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA                                        | 2                           | (X) CNS ( ) CPF                                        | 181946626820009                                                       |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação    | 35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho) |                                                                       |
| GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO                    | 13/10/2019                  | 11075                                                  |                                                                       |

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

|                                 |                      |                     |            |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito   | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - N° 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 ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor |
|                                       | E260000001              |

|                 |                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------------------|
| 48 - Documento  | 49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |
| ( ) CNS ( ) CPF |                                                            |

|                          |                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)                 |
|                          | Adauto Telino<br>Traumatologia / Ortopedia<br>CRM 20671 TEOT: 15866 |

AIH  
261910222786-3

AIH  
261910222787-4



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

Página.: 0001

Data.....: 14/10/2019

Hora.....: 00:32

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 60181

Sala : 0003

SALA 03

Paciente : 130327

MARCOS ALAN DA SILVA

Atendimento : 499228

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 490

VERMELHO - EXTRA 016

Idade : 30 Anos

Dt. Inicio : 13/10/2019 23:40

Dt. Fim : 14/10/2019 00:20

Cid Pré-Operatório : S923

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Cid Pós-Operatório :

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050713

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

11075 GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO

ANESTESISTA

19396 LOUISE FARIAS BRITO

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE MEDIÓPÉ + FX DE CALCÂNEO À DIREITA

CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + RFFI COM FIOS K

CIRURGIÃO: DR. GUSTAVO SOUZA LEÃO

1º AUXÍLIO: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA

ANESTESISTA: DRA. LOUISE

ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. VISUALIZADO FERIMENTO EM FACE DORSO-MEDIAL DO PÉ DIREITO;
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM 10 LITROS DE SF 0,9%;
6. REALIZADO REDUÇÃO DA LUXAÇÃO DO MEDIÓPÉ E FIXAÇÃO COM FIOS K Nº 2.0;
7. ALINHAMENTO DE FRATURA DO CALCÂNEO E FIXAÇÃO COM FIO K Nº 4.0;
8. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. SUTURA COM NYLON 2.0
10. CURATIVO ESTÉRIL + OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL
11. TALA BOTA EM MID

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

**FATURADO**  
14/10/19  
CLAUDEVAN SOUZA  
PATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira  
Neurologia/Neurocirurgia  
CRM 422.5039

DR(A) : GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO  
CRM : 11075



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

Página.: 0001

Data.....: 02/11/2019

Hora.....: 14:23

Aviso de Cirurgia : 60640

Paciente : 130327

Convênio Atend. :

Leito :

Dt. Início : 02/11/2019 09:00 Dt. Fim : 02/11/2019 11:30

Cid Pré-Operatório : S920

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003

SALA 03

MARCOS ALAN DA SILVA

Atendimento :

Carteira :

Idade : 30 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050535

TRAT CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEIO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

JRGIAO

18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

ANESTESISTA

3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FX DE CALCÂNEO + FX DE TALUS + FX-LX DO CALCÂNEO À DIREITA

CIRURGIA: RMS + LC/DC + RAFI COM FIOS K

CIRURGIÃO: DR. GABRIEL MONTEIRO

1º AUXÍLIO: DR. JOAO PAULO NOBRE

ANESTESISTA: DR. CALYTON CHIVERS

ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. GARROTEAMENTO EM COXA DIREITA + ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. RETIRADA DE 03 FIOS K + INCISÃO DE PELE DE 10CM EM DORSO DO PÉ DIREITO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS;
6. VISUALIZADO SAÍDA DE SECREÇÃO SEROPURULENTO;
7. REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%;
8. IDENTIFICADO FRATURA COMINUTA EM FACE MEDIAL DO TALUS E RESSECADO FRAGMENTOS;  
VISUALIZADO FRATURA COMPLEXA EM ARTICULAÇÃO DE LISFRANC;
9. REDUÇÃO FECHADA DA FRATURA DO CALCÂNEO + REDUÇÃO ABERTA DE FRATURA DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC E  
FIXAÇÃO COM 04 FIOS K Nº 2,0 POSTERIORES ATÉ METATARSOS;
11. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
12. LIMPEZA COM SF 0,9%;
13. COLOCADO DRENO ASPIRATIVO;
14. SUTURA POR PLANOS;
16. CURATIVO ESTÉRIL;
17. CONTROLE COM RX;

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar****FATURADO**  
4/11/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTAManoel Oliveira Ferreira  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-PE 24589

DR(A) :



## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: MARCOS ALAN DA SILVA

IDADE: 30 A SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 13/10/19

REG: 130327

DATA DA ALTA: 4/11/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA- LUXAÇÃO EXPOSTA DE TÁLUS + FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- 14/10/19 LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO COM FIOS K
- 02/11/19 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + LIMPEZA CIRPÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO+ REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
- CURATIVO DIÁRIO;
- FAZER USO DE CIPROFLOXACINO E CLINDAMICINA POR 14 DIAS;
- NÃO PISAR. DEAMBULAR COM PAR DE MULETAS OU ANDADOR.
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( x ) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Scanned with  
CamScanner





**HOSPITAL**  
**MIGUEL ARRAES**

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

## FICHA DE INTERNAÇÃO

**Cód. Atendimento: 499228**

Usuário: JACKELINEEFL

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARCOS ALAN DA SILVA** Prontuário: 130327  
Idade: 30a 8m 7d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 04/02/1989  
Profissão: Escolaridade: -  
R.G.: 7110231 C.P.F.: Telefone: 986014299 CEP 53570255  
Endereço: RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ, 180 - DESTERRO - ABREU E LIMA - PE  
**Dados da Internação**  
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 13/10/2019 22:00  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGENCIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO - EXTRA 016  
Tipo Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **FATURADO**  
Endereço: - Número: **CLAUDEVAN SOUSA**  
Telefone: Cidade: - Estado civil: **PATLONISTA**

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04/11/19 Hora da Alta: \_\_\_\_\_

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal: Fx de calcâneo Esg

Diagnóstico Secundário01: Fx de Talus Esg

Diagnóstico Secundário02: \_\_\_\_\_

Procedimento: 1º) RFFI + DC + LC  
2º) RFFI com Fio K

REVISADO  
COIH-HM

[Assinatura]  
Médico e CRM:

[Assinatura]  
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]  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável









**MIGUEL ARRAES**



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: [Assunto] *Assunto*  
CLÍNICA: *Assunto* EN

REG:[Categoria] 130325  
LEITO: 0

**ENFERMAGEM:**

## LEITON

| DATA/HORA  | # 901#                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22/10/2019 | 20:03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|            | <p>40 Ex. no monitor de medicação e Ex. de observação</p> <p>20 (13/9): LCPSC + LFFI com par. L</p> <p>Paciente estável com sinais vitais. 40 em</p> <p>- 40 em repouso, com acompanhamento de</p> <p>vida a nível distal e base de insuflação distal.</p> <p>EGG, LFFI, enemas e alívio.</p> <p>20: 40 em repouso de 40 em repouso de 2" tempo</p> <p>inimigo</p> <p>Manutinha intermitente</p> |
|            | <p>Dr. Luiz Rogério Macedo</p> <p>Médico</p> <p>CRM-PE 27655 CRM-BR</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 25/10/2019 | 14:13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|            | <p># 901#</p> <p>40: 40 em repouso / 20: 40 em repouso</p> <p>Paciente estável, com sinais vitais, apresentando</p> <p>os sinais vitais e de 40 em repouso a nível de torção e</p> <p>cardíaco. 40 em repouso de 40 em repouso.</p> <p>EGG, LFFI, enemas e alívio.</p> <p>20: 40 em repouso de 40 em repouso de 40 em repouso</p> <p>inimigo</p>                                                 |
|            | <p>Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes</p> <p>Médico</p> <p>CRM-PE 27655 CRM-BR 20055</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 25/10/2019 | 15:19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|            | <p># 901#</p> <p>40: 40 em repouso / 20: 40 em repouso</p> <p>Paciente estável, com sinais vitais, apresentando</p> <p>os sinais vitais e de 40 em repouso a nível de torção e</p> <p>cardíaco. 40 em repouso de 40 em repouso.</p> <p>EGG, LFFI, enemas e alívio.</p> <p>20: 40 em repouso de 40 em repouso de 40 em repouso</p> <p>inimigo</p>                                                 |
|            | <p>Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes</p> <p>Médico</p> <p>CRM-PE 27655 CRM-BR 20055</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Dr. Luiz Rogério de Jesus Gomes  
Médico  
CRM-PE 27866 CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes  
Médico  
CRM-PE 27656 CRM-B 30022

Logo Marcelo Xavier  
Medico  
CRM - 17.725



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 499219      Prontuário: 130327      SAME: 116951      Hora Atend: 21:07      Data Atend:13/10/2019  
Paciente..... : MARCOS ALAN DA SILVA      Idade: 30 a  
Endereço..... : RUA ROSA PEREIRA DA CRUZ  
Bairro..... : DESTERRO  
Cidade..... : ABREU E LIMA      UF.: PE      CEP: 53570255  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 13/10/2019      Hora Saída :21:58

Prestador da Evolução Médica:      PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DIAGNOSTICO**  
ENF ANDREA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendimento: 499228

Dt Atendimento: 13/10/2019 - 22:00

Dt Alta: 04/11/2019 - 16:34

Paciente: 130327 MARCOS ALAN DA SILVA

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 69 ORTL-511-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: EVAIROD

CID:

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

Observação de Alta

\_\_\_\_\_  
EVAIR OLIVEIRA DIAS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



FC: RN 120-160  
 < 1 ano 90-140  
 Criança 80-110  
 Adulto 60-100



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1754790914

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1754790914

Nome: **MARCOS ALAN DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**7110238 SD8 PE**

CPF: **073.152.184-67** DATA NASCIMENTO: **04/02/1989**

FILIAÇÃO: **MARCOS ANTONIO BARNOSA DA SILVA**  
**MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA**

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **06985389954** VALIDADE: **11/03/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **09/01/2018**

OBSERVAÇÕES  
**KAK**

*Marcos Alan da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PAULISTA, PE** DATA EMISSÃO: **09/01/2019**

*Marcos Bruto de Costa Correia*  
Marechal Bruto de Costa Correia  
Diretor Presidente em Exercício

ASSINATURA DO EMISSOR

96003650738  
PE090323138

PERNAMBUCO

Scanned With





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDICAC 12/05/2017

Nome << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>  
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE  
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CNPJ 884.647.684-00

ASSINATURA DO DETON

CEI Nº 7.116 DE 24/05/88

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1754790914

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1754790914

Nome: **MARCOS ALAN DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**7110238 SD8 PE**

CPF: **073.152.184-67** DATA NASCIMENTO: **04/02/1989**

FILIAÇÃO: **MARCOS ANTONIO BARNOSA DA SILVA**  
**MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA**

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **06985389954** VALIDADE: **11/03/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **09/01/2018**

OBSERVAÇÕES  
**KAK**

*Marcos Alan da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PAULISTA, PE** DATA EMISSÃO: **09/01/2019**

*Marcos Bruto de Costa Correia*  
Marechal Bruto de Costa Correia  
Diretor Presidente em Exercício

ASSINATURA DO EMISSOR

96003650738  
PE090323138

PERNAMBUCO



