



700.70



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321294 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/biblioteca/web/doc/ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de Seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e autenticar os documentos relativos às atividades regidas previstas na Lei nº 9.306/96.

Pelo exposto, eu Glauco da Silva Araújo inscrito (a) no CPF nº 029.648.794 / 57
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Glauco da Silva Araújo inscrito
(a) no CPF sob o nº 044.151.924/05 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima
Glauco da Silva Araújo inscrito (a) no CPF sob o nº 044.151.924/05 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua da Alegria</u>	Número	<u>377</u>	Complemento	<u>OMA</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Limoeiro</u>	UF	<u>PE</u>
Estado		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
				<u>55 700 200</u>	<u>89933-5886</u>
					<u>55 733-5966</u>

Glauco da Silva Araújo
Local e Data

05.802.494/0001-41
STRABO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN, 2018

Glauco da Silva Araújo
Assinatura do Beneficiário

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu Andre da Silva Santos

RG nº 8.927.759, data de expedição 04/02/2010.

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 109.894.174-84, com domicílio na cidade de João Alfredo, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Madalena Maria Gomes, nº 516,

complemento Mac Rainha, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Alexandro Neves da Silva Arruda cujo o condutor era

Alexandro Neves da Silva Arruda.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 FAN ESDI

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: PFP-6405

Chassi: 9C2KC1680BR511140

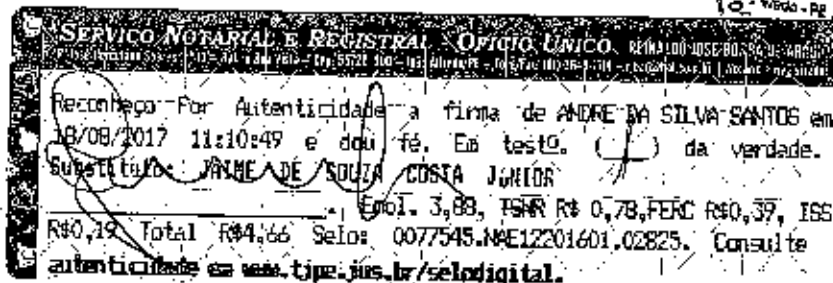
Data do Acidente: 08/07/2017

Local e Data: João Alfredo, 18 de agosto de 2017.

X Andre da Silva Santos
Assinatura do Declarante



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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu André da Silva Santos

RG nº 8.927.359 data de expedição 04/10/2010

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 109.894.174-83, com

domicílio na cidade de Jacinto Manoel no Estado de

Pernambuco, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Madalena Maria Gomes nº 512

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

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

vítima Alexandro Nunes da Silva Almeida cujo o condutor era

Alexandro Nunes da Silva Almeida

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 FAN ESDI

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: PFP-6405

Chassi: 9C2KC1689BR511140

Data do Acidente: 08/07/2017

Local e Data: Jacinto Manoel, 18 de agosto de 2017.

André da Silva Santos
Assinatura do Declarante

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

Serviço Notarial e Registral - Oficial Público

802.494/0001-4
PRACÇÃO COBRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Assinatura for Autenticada a firma de ANDRÉ DA SILVA SANTOS em
08/08/2017 às 14:45 e das 16. Em testis. (1) de veracidade.
Assinatura: ALEXANDRE NUNES DA SILVA ALMEIDA
CNPJ: 16.001.788/0001-00, INSC EST: 10.780.780-78, ISS
000.12, Total ISS de: 0077545,48 (R\$ 7.754,48). Consulte
autenticidade em www.tjpe.br/autenticidade.



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00029217-6
Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Endereço: RUA PREFEITO CLOVES DE LIMA, Nº 22
Cidade: JOÃO ALFREDO/PE
Documento: CT9.182.279
Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA
Profissão: AGRICULTOR

Idade: 23 ANOS, 9 M
Dt. Nasc.: 02/10/1993 Sexo: M
CNPJ: 0354906
CEP: 55720000
Nac: BRASIL
Sis prenatal: Tel.:
Pai: ALUIZIO NEVES DE ARRUDA
Responsável: O MESMO

Últimas Ocorrências		
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
08/01/2017 21:26	0354906	QUEDA DE MOTO
03/10/2013 13:03	0040392	ENCAMINHAMENTO DO H DE JOAO ALFREDO

PRE-CONSULTA Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
Vitima de politrauma (colisão moto x carro) no trânsito de trânsito, ocorrido, recorda-se o acidente, sem episódios de vômitos. Chegada ao Hospital consciente e orientado, suplex, normotensão, PA=130x80 mmHg, FC=72 bpm, normoxado. A: Visão olhos perigos, com color acinzentado e pupila retila. B: Visão olhos perigos, nvo lateralmente, sem desvio. D: Sem rombo no tórax, PA=130x80, FC=72 bpm.	SAC: 100ml, cv (22) morfina 1ml + 08 mg, cv (22) Dipirona 1 amp + 08 mg, cv (22) R-x Coluna cervical, AP e Lateral Julian Oliveira Cirurgia Geral CRM 24295-PE

Exames complementares	Impressão diagnóstica	CID
E: Fratura exposta do osso do antebraço direito.		

Motivo da saída: Residência ☐ Internado ☐ Justificativa: Encaminhado: Removido: Óbito: às _____ h _____ m do dia _____ Data saída: Hora saída:	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN Raphael 134
	Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência ☐ urgência especializada ☐ observação clínica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM 05.802.494/0001-4 DE SEGUROS LTDA
	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
		Rua da Aurora, Nº 175, SL 902, BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE	



24SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA

Registro: 1035622

Enf: 20

Leito: 2

DATA DE ENTRADA: 21/09/2017

DATA DE SAÍDA: 27/09/2017

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A MOBILIZAÇÃO ARTICULAR SOB ANESTESIA COM GANHO DE 90 GRAUS DE FLEXÃO, EVOLUI BEM E EM ACOMPANHAMENTO COM FISIOTERAPEUTA. EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIA E FISIOTERAPEUTICO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE JOELHO PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado : ALEXANDRO NEVES DA SILVA necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO

Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
Com 15 dias

Recife, 27/09/17

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipio - Recife - PE - PABA 31628500

RESUMO DE ALTA

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Reg: 1035622

Enf: 15

Leito: 3

DATA DE ENTRADA: 09/07/17

DATA DE SAÍDA: 07/08/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA FEMUR DISTAL COM LESÃO DE TENDÃO QUADRICÉPTAL

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RECONSTRUÇÃO DE APARELHO EXTENSOR. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ALTA COM ANTIBIÓTICO ORAL E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE
PARA CONTROLE EM:

Lucas Severo
Médico
CRM - PE: 25.317
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8300

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Phelipe da Silva Mendes Registro: 4035672Clínica: Outros Procedência:Doença

Prescrição necessária
de mais exames
de diagnóstico e
tratamento.
Tratamento
completo de fratura do
pênis E. CID: S. 72.2

Data: 31/08/17Alexandre

Médico-CRM

05.802.494/0001-4
CORREÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

075-HOF

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipó - Recife - PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

PRONTUÁRIO Nº: 1035622 ALTA HOSPITALAR EM: 07/08/2017

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE JOELHO EM: 15 DIAS

MÉDICO: DR ALEXANDRE RODRIGUES

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 07/08/2017

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO - CHEFE DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07-NOV-2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a
partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DISTAL COM LESAO DE TENDAO
QUADRICIPTAL

Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
Com 15 dias

Lucas Severo
Médico
CRM - PE: 25.317

Recife, 07/8/2017

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 85
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETOKA
DE SEGUROS ITDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL-902-BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: **ALEXANDRO NEVES DA SILVA** Prontuário: 1035622

Cirurgião: **DRA MARINA** 1º Auxiliar: **DR RENATO COSTA**

Anestesista: **DR MARCELO** Anestesia: **RAQUI + SEDAÇÃO**

Data da Operação: **09/07/2017**

Diagnóstico Pré-operatório: **FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO**

Diagnóstico Pós-operatório: **O MESMO**

Operação Proposta: **LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

Operação Realizada: **A MESMA**

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ATISSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO – TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs – paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES S ARRUDA	Nº DO REGISTRO: 1035622
CLÍNICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 15-3

OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES

1º ASSISTENTE: DR THIAGO	2º ASSISTENTE: DR CLÊNIO + DR LUCAS
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA ROBERTA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 03/08/2017 INÍCIO: FIM:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO COMPLEXA DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO COMPLEXA DO JOELHO + ALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO

OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	Nº DO REGISTRO: 1035622
CLÍNICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 15-3

OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1º ASSISTENTE: DR THIAGO	2º ASSISTENTE: DR CLÊNIO + DR LUCAS
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA ROBERTA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
3. INCISÃO LATERAL DISTAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO COMPLEXA DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO ESQUERDO
4. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO
5. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS
6. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO COMPLEXA DO JOELHO + ALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO
7. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS

OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA
8. LIMPEZA COM SF 0,9%
9. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO
10. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM
11. LIMPEZA COM SF 0,9%

12. SUTURA POR PLANOS
13. CURATIVO
14. INCISÃO LATERAL DISTAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA
15. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
16. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA
17. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL
18. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS

19. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO
20. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS

21. LIMPEZA COM SF 0,9%
22. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA

23. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM
24. LIMPEZA COM SF 0,9%

25. SUTURA POR PLANOS
26. CURATIVO

EMPRESA: ORTOMÉDICA	MATERIAL USADO:
1. INCISÃO LATERAL DISTAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO	01 PLACA DCS + 01 PINO DESLIZANTE + 01
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS	PINO ANTIDESLIZANTE + 06 PARAFUSOS DE
3. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO	CORTICAIS
4. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL	
5. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS	
6. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO	
7. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS	
8. LIMPEZA COM SF 0,9%	
9. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA	
10. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM	
11. LIMPEZA COM SF 0,9%	
12. SUTURA POR PLANOS	
13. CURATIVO	

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

08/11/2017 - 09/11/2017

Medico

Dr. Alexandre Rodrigues



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA **Prontuário:** 1035622

Cirurgião: DRA MARINA **1º Auxiliar:** DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO **Anestesia:** RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ATISSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO – TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs – paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902, BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SES/FUJAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ATISSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

Renato Costa
Médico
CRM: 24230

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

Pernambuco

DA CLÍNICA:

A CLÍNICA:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

IDADE:

COR:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

CATEGORIA:

ANDAR:

ALA:

ENFERMARIA OU QUARTO:

LEITO Nº

REGISTRO Nº

MOTIVO DA CONSULTA:

Transtorno afetivo bipolar
depressivo por recidiva e dos
1. Tratar embolico?

DATA:

12/7/17

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

Paciente com história de depressão e de transtorno
No momento o paciente não se queixa de depressão, nem
de transtorno, nem tem ideia de que tem esse transtorno
no dia 12/07, mas, porém.

No momento sem queixas
No exame: ECG, comumente, normal, Afetado, sem
traumático, ou outros

2º e 3º ECGs ECG 76h
PA = 110x70 mmHg
MU + em RHT SIDA 2º e 3º ECG.

Conduta: mantenha
tratamento

DEVERÁ VOLTAR EM:

DATA: 14/07/17

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

Dr. Márcio Macena
CRM 10.459
Osteopata - Aracaju

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORNETOHA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017

Rua da Aurora, 717, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 58.060-010
RECIFE-PE

Dr. Rita Bandeira Faria
Médica
CRM 10.459

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimarães s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PARX: 31828500

Equipamento: CMD 800I

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA

ID amost: DIU076

ID paciente: 1035622

Tipo de amostra: Soro

Data nascimento:

Cód barra:

Idade:

Data da coleta: 11/07/2017

Sexo: Masc

Hora da coleta:

Médico:

Depart.: 3 SUL

Diagn.:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLICOSE	91	mg/dL		70 - 100
UREIA	30	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.79	mg/dL		0.70 - 1.30

Data/Hora solicitação: 11/07/2017

Data/Hora teste: 11/07/2017

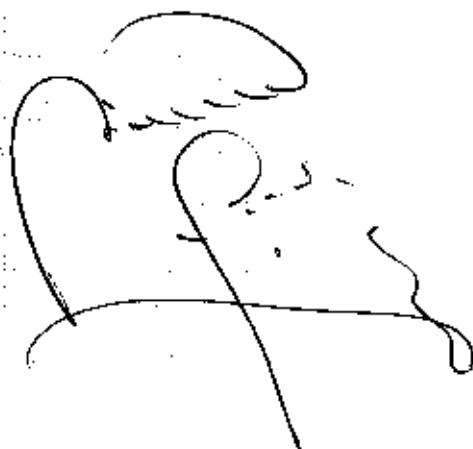
Data/Hora impr.: 11/07/2017 12:40:41

Testador:

Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

11.07.2017

12:32

Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 76H-11/07/17

Patient ID 1035622

Patient Name ALEXANDRO NEVES SILVA

Birth Date

Sex

Department 3 SUL

Physician

Entry Date 11.07.2017

Operator notes

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
combipl-PTex	11.6	s	9.920 - 14.9	11.07.2017 - 12:32
	0.973	INR		
	106	%	70.0 - 120	



05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Note: * = outside normal range

Signature

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprígio Guimarães, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640

Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

303/04



Nº amostra: 76

Rack: 8

Posição: 4

11/07/2017 12:12:55 WB

ID paciente: 1035622

3 SUL

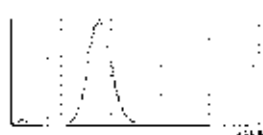
Nome: ALEXANDRO NEVES SILV

SERIE VERMELHA

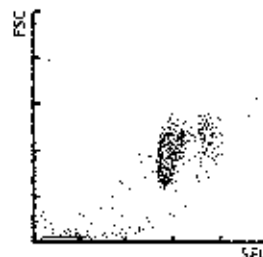
REFERENCIA

RBC	3.56	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	10.6	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	31.6	[%]	34 - 48
MCV	88.8	[fL]	80 - 98
MCH	29.8	[pg]	25 - 32
MCHC	33.5	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	38.5	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	11.9	[%]	12 - 15

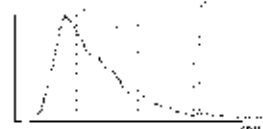
RBC



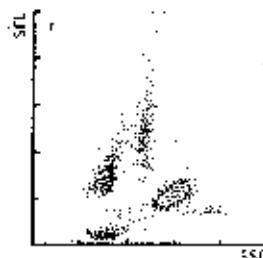
WNR



PLT



WDF



CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	106	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	12.8	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	17.0	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	47.0 +	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.14 -	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	8.71	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.01 *	[10 ³ /uL]	0.1 * [%]
NEUT	6.62 *	[10 ³ /uL]	76.0 * [%]
LYMPH	1.07 *	[10 ³ /uL]	12.3 * [%]
MONO	0.93 *	[10 ³ /uL]	10.7 * [%]
EO	0.07	[10 ³ /uL]	0.8 [%]
BAFO	0.02	[10 ³ /uL]	0.2 [%]

2.0 - 7.0	# 45	- 75%
1.0 - 4.0	# 20	- 40%
0.1 - 1.0	# 03	- 10%
0.0 - 0.7	# 0	- 7%
0.0 - 0.2	# 0	- 2%

WBC IP Message
Blasts/Abn Lympho?

RBC IP Message

PLT IP Message

Atypical Lympho 0.0%

05.802.494/0001-40

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

00-19 11/07/2017 12:12

1/1

Sondagem / Drenagens

Medicações

Qnt.

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	Adrenalina amp.	
Bolsa colet. - Vácuo		Sonda Foley 2 vias Nº		Água Bid.amp.	02
Coletor aberto		Sonda Nasog. Nº		Amlcicina	
Coletor fechado		Sonda Retal Nº		Aminofilina amp.	
Dreno Laminar		Sonda Uretral Nº		Atropina amp.	02
Dreno Penrose-Nº				Bextra	
Dreno Sucção - Nº 6.4	01			Bicarbonato de Na	
Dreno Torácico-Nº				Cloreto de Na	
				Clorid. Lidocaina 2%	

Venoclise e Acessos

Continuação - Fios

Clorid. Ondansetrona

Produto	Qnt.	Catgut crom.	Qnt.	Decadron	01
Adaptador Transfix		Catgut simp.		Diclofenaco Na	
Agulha Hipodermica 13x45		Catgut simp.		Dipirona	
Agulha Hipodermica 25x07		Ethibond 51		Dopamina	
Agulha Hipodermica 40x12		Ethibond		Dramin	01
Agulha Perican		Monocryl 20W		Efortil amp.	01
Agulha Spinocan 27	01	Monocryl 30W		Fenergan	
Cateter Duplo Lumem Nº		Mononylon		Glicose amp.	
Cateter Nasal	01	Mononylon		Gluconato Ca	
Cateter plexo stimuplex A-50		Poliglact.(vicryl) 10W	02	Heparina	
Cateter plexo stimuplex A-100		Poliglact.(vicryl)		Hidrocortisona	
Cateter Subclávia Nº		Prolene		Hlocina	
Equipo Artroscopia		Prolene		Hypaque	
Equipo Bomba de Infusão		Seda		Kefazol 1g	02
Equipo de PVC		PDS 1 L		Keflin 1g	

Mat.Firma Consig:

Lasix

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	Metronidazol	
Equipo Fotossensível		Cimento ósseo		Neocaina 0,5% C/A	
Equipo MED-MED		Comp. (Colo)		Neocaina 0,5% S/A	
Equipo Microgotas		Comp. Acetab.		Neocaina 5% pes.	
Equipo Macrogotas	01	Fixador Ext.		Orsi ou Nalsedron	01
Extensorfix		Haste de femur		Prostigumine amp.	
Jelco Nº		Haste de tibia		Ranitidina	
Jelco Nº		Haste fem.(prót.)		Roncurônio	
Polifix		Parafuso cortical	05	Ropivacaína	
Seringa 01cc 1	01	Parafuso	05	Tilatil 40 mg FA	
Seringa 05cc 1	02	Placa DCS	01	Tracrium amp.	
Seringa 10cc 1	03	Placa	DE SE	Tracrium amp.	
Seringa 20cc		Fio de kischene	02	Tracrium amp.	01
Seringa 50cc ou 60cc					
Torneirinha 3 vias					

Fios de Sutura

Controlados

Clonidin

Dimorf 10 ou 0,2mg

Diprivan/Propofol

Dotantina amp.

Dormonid 15 mg

Lanexate amp.

Fentani

Isoflurane

Rapifen amp.

Sevoflurano

Utiva/Remifentanila

Válium/diazepan 10 mg

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

Albumin Colen 85161

CIRCULANTE

NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA

Nome: Alexandre Neves da Silva Idade: 23 Registro: 1035622
 Data: 03/08/17 Posto: II Enferm.: 15 leito: 03 Atendimento: 6637-01
 Cirurgião: Dr. Alexandre Rodrigues 1ª Auxiliar: Dr. Thiago + Dr. Lucas 2ª Auxiliar: Dr. Clelio
 Cirurgia: 1ª Cirurgia de Fratura de Fêmur E Sala: 01
 Tipo de anestesia: Local () Bloqueio () Peridural () Raque (X) Sedação () Geral ()
 Anestesista: Dr. Roberto Enfa: Elaine Lima
 Instrumentador(a): Cintia Firma: Ortomédica Circulante: Albano
 Hora admissão pact. na SO: 08:00 Hora saída pact. da SO:
 Início da Anestesia: 08:20 Término:
 Início da Cirurgia: 08:45 Término: 12:00
 Horário de Garroteamento: Inc. Term.

Destino do Pact. no POI: SRPA (X) Leito de Origem () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica		Soluções:		Equipamentos:	
Produto	Qty.	Produto	Qty.	SIM/NÃO	
Sorro		Água Oxigenada		Aparelho Anestesia	() ()
Máscara	<u>07</u>	Alcool a 70%		Aquecedor	() ()
Propés	<u>08</u>	Ácidos Graxos Essenc.		Arco Cirúrgico	() ()
Touca	<u>08</u>	Clorexid. Alcool 2% <u>Augerment 27ml</u>		Aspirador Elétrico	() ()
Materiais:		Clorexid. Alcool. 4%		Bisturi Elétrico	() ()
Produto	Qty.	Pomada		Bomba de Infusão	() ()
Algodão Ortopédico		Tintura de Benjoim		Bomba de Seringa	() ()
Atadura de Crepe		Xylestesin Geleia		Capnógrafo	() ()
Atadura de Gesso		Xylestesin Spray		Foco Móvel	() ()
Borracha (Latex ou Silicone)	<u>01</u>			Garrote Pneumático	() ()
Cateter Nasal	<u>01</u>	Soros:		Manta Térmica	() ()
Compressa Cirurg.	<u>12/11</u>	Produto	Qty.	Microscópio	() ()
Compressa Cirurg. Coluna		Água Dest. 500ml		Monitor Cardíaco	() ()
Compressa de Gasé	<u>01</u>	Manitol 20% 250ml		Oxímetro	() ()
Eletrodos	<u>05</u>	Manitol 3% 250ml		Torre de Vídeo:	() ()
Espádrapo		SF 0,9% 500ml	<u>11</u>	Artroscópio	() ()
Espádrapo Ant.alerg.		SF 0,9% 250ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 15	<u>01</u>	SF 0,9% 100ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 21	<u>01</u>	SF 0,9% 1000ml	<u>04</u>	Materiais Especiais	
Luva Cirúrgica Nº 7,0		SG 5% 500ml		Produto	Qty.
Luva Cirúrgica Nº 7,5	<u>15</u>	SG 10% 500ml		Camisa de Vídeo	
Luva Cirúrgica Nº 8,0	<u>05</u>	SGF 250ml		Collatamp	
Luva Cirúrgica Nº 8,5		SRL 500ml		Fita Cardíaca	
Luvras Proced. Estéril					
Luvras Proced. R Est.	<u>09</u>				
Malha Tubular	<u>01</u>				
Perfusor					
Hemostático/Colas Biolog.		Intubação / Ventilação		Gases Medicinais:	
Produto	Qty.	Produto	Qty.	SIM/NÃO	
Cera Óssea		Sonda Endot. Inf. Nº		Ar Comprimido	() ()
Cotonoides		Sonda Endot. Inf. Nº		CO ₂	() ()
Esponja Hemostática		Sonda Endot. Ad. Nº		Nitrogênio	() ()
		Sonda Endot. Ad. Nº		Oxido Nitroso	() ()
		Traqueostomo- Nº		Oxigênio	() ()
				Protóxido	() ()

05.802.104/0001-4
 TRACÃO CONCRETO
 DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017

Rua da Aurora, 155 - 1º andar - Centro - São Paulo - SP
 CEP: 01000-000
 Fone: (11) 3080-0000



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL

HOF
HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Alexandro Neres da Silva SETOR: 3º Sul
IDADE: 23 anos TELEFONE: 998320758 - Mãe - mãe
RESPONSÁVEL: Juliana Barbosa de Aguiar - companheira
ENDEREÇO: Rua Gervásio Lima - nº 198 -
PONTO DE REFERÊNCIA: João Alfredo
INFORMES:

Usuário vítima de acidente de
moto, teve fratura exposta no fêmur,
foi submetido a cirurgia.
Saudável.

Reside com companheira e 2 filhos,
trabalha como motorista.

Autorizado acompanhante.

S. 002.404/2001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 53.050-010
RECIFE

043-HOF

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Albani Soudim P. Ribeiro
Assistente Social
CRE 11.117-1/RN

Albani R-09-07-17
ASSISTENTE SOCIAL/DATA



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Alexandre Neves da Silva

CLÍNICA: 3º Sul

ENF.: 303

LEITO: 04

DATA HORA

EVOLUÇÃO

14/07/17

Paciente evolui com EAP, consociado, orientado, eufórico, com fixação externa. INE renovado curativo, D ⊕, E ⊕ (SIC) -
Gilberto 434220

20/07/17

fisioterapia motor

DET AURORA E LABORATÓRIO, CONSULTA CAPS
Atua de 8h35 e realização de exames
(sangue e função renal) com fins curativos

Dr. Polidoro Porto
FISIOTERAPEUTA
CREMIO 171324-F

05.802.494/3001-2
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07/NOV/2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

09/07/2017 00:17

Nome Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Cód. Paciente: 1035622
Data de Nascimento: 02/10/1993
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: FN0001
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 663683



09/07/2017 00:17 - MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO - COREN: 81928 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE LIM OEIRO, TRANSFERIDO PELO SAMU, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM HD FRATURA EXPOSTA DE ROTULA ESQUERDA.

Observação:

NEGA DM, HAS E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

-

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Acolhido(a) por: MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO

Data: 09/07/2017 00:17



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

II GERES - Gerência Regional de Saúde

Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

1ª Via-Branca / 2ª Via-Rosa / 3ª Via-Jornal

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde	HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO		Município	Limoeiro		Região de Saúde
Nome do Paciente	ALEXANDRO NEVES DA SILVA ABÍDIA					
Quadro Clínico	Úlcera de cálcio no antebraço, com fratura exposta do rádio esquerdo. Ao exame: Comensal, hidratado, eufórico, normotensivo, PA: 120/80, FC: 72 bpm.					
Diagnóstico	Politrauma com fratura do rádio esquerdo					
1ª REMISSÃO	Destino	Hospital Otávio de Freitas Recife		Município	Recife	
	Motivo (Registro Detalhado)	Fratura exposta do rádio esquerdo				
2ª REMISSÃO	Assinatura do Médico Assistente	Juliano Oliveira Cirurgião Geral CRM 24200-PE		Nº do C.R.M.	24295	
	Destino			Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)					
	Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.	Data	
Autorizo a Transferência						
Médico Chefe do Plantão						
Carimbo / Assinatura						
Confirmo o Motivo Administrativo						
Enfermeira Chefe do Plantão						
05.802.494/0001-43 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA						
07 NOV. 2017						
Carimbo / Assinatura Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE						
Unidade Prestadora do Atendimento				Município		
Especificação do Atendimento Prestado						

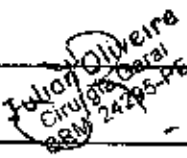


PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

1ª Via-Branca / 2ª Via-Rosa / 3ª Via-Jornal

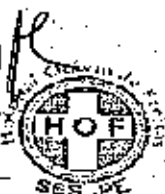
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde	HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO		Município	LIMOEIRO	Região de Saúde
Nome do Paciente	ALEXANDRO NEVES DA SILVA AMADA				
Quadro Clínico	Vítima de colisão moto x carro, com fratura exposta do osso da espinha. Ao exame: consciente, orientado, eufórico, normotensivo, PA=130x80, FC=72bpm.				
Diagnóstico	Politrauma com fratura da espinha esquerda				
1ª REMOÇÃO	Destino	Hospital Otávio de Freitas		Município	Recife
	Motivo (Registro Detalhado)	Fratura exposta da espinha esquerda.			
2ª REMOÇÃO	Assinatura do Médico Assistente	 Juliano Oliveira Cirurgião Geral CRM 24295-PE		Nº do C.R.M.	24295
	Assinatura do Médico Assistente			Data	08/09/17
3ª REMOÇÃO	Destino			Município	
	Motivo (Registro Detalhado)				
4ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.	
	Assinatura do Responsável			Data	
Autorizo a Transferência					
Médico Chefe do Plantão					
Carimbo / Assinatura					
Confirmo o Motivo Administrativo					
Enfermeira Chefe do Plantão					
05.802.494/0001-2 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 07 NOV. 2017					
Carimbo / Assinatura					
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.040-000 RECIFE-PE					
Unidade Prestadora do Atendimento					
Especificação do Atendimento Prestado					



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

[Handwritten signature]



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Atendimento: 663683

Prontuário: 1035622

Data Nasc.: 02/10/1993

Idade: 23

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 705009835107454

Endereço: RUA WOSVALDO LIMA

Bairro: CENTRO

Cidade: JOAO ALFREDO

Nº: 198

CEP: 55720000

Fone: 558197979342

Estado: PE

Acompanhante:

Nome da Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Celular:

Profissão:

PRÓTESE

REVISADO

10/08/17

Waldner

2 - ATENDIMENTO

Data: 09/07/2017 00:13

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

FH - RAPORTO DE
FEMUR DISTAL

Exame Físico:

- GLESCOR 15

PA:

FC:

FR:

AVULSO DO BEM

Diag. Provisório:

[Handwritten signature]
CRM 194230

MEMO WASE
DIRETIVO

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

PRESCRIÇÃO A PAIPE
DACAULA - CERVICAL

DEZEMBRO
2017
07/07/2017

05.802.404/8001

TRACAO CORRETO

DE SEGUROS

GRAFIA

Col. Cervical

07 NOV 2017

Rua da Aurora, Nº 175, S1902

Boa Vista - CEP: 55720-010

BATA

ASS



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



9/07/17 - 00:50h, CO

3 - Evolução / Exames

paciente vítima de colisão frontal Pe/c X Carro
St. 06h. 12/07/17 - 00:50h, CO
Alta por - 1ª. Lesão: Fratura + Colar Car' Col
2 - 12/07/17 - 00:50h, CO
3 - 12/07/17 - 00:50h, CO
4 - 12/07/17 - 00:50h, CO
5 - 12/07/17 - 00:50h, CO
6 - 12/07/17 - 00:50h, CO
7 - 12/07/17 - 00:50h, CO
8 - 12/07/17 - 00:50h, CO
9 - 12/07/17 - 00:50h, CO
10 - 12/07/17 - 00:50h, CO
11 - 12/07/17 - 00:50h, CO
12 - 12/07/17 - 00:50h, CO
13 - 12/07/17 - 00:50h, CO
14 - 12/07/17 - 00:50h, CO
15 - 12/07/17 - 00:50h, CO
16 - 12/07/17 - 00:50h, CO
17 - 12/07/17 - 00:50h, CO
18 - 12/07/17 - 00:50h, CO
19 - 12/07/17 - 00:50h, CO
20 - 12/07/17 - 00:50h, CO
21 - 12/07/17 - 00:50h, CO
22 - 12/07/17 - 00:50h, CO
23 - 12/07/17 - 00:50h, CO
24 - 12/07/17 - 00:50h, CO
25 - 12/07/17 - 00:50h, CO
26 - 12/07/17 - 00:50h, CO
27 - 12/07/17 - 00:50h, CO
28 - 12/07/17 - 00:50h, CO
29 - 12/07/17 - 00:50h, CO
30 - 12/07/17 - 00:50h, CO
31 - 12/07/17 - 00:50h, CO
32 - 12/07/17 - 00:50h, CO
33 - 12/07/17 - 00:50h, CO
34 - 12/07/17 - 00:50h, CO
35 - 12/07/17 - 00:50h, CO
36 - 12/07/17 - 00:50h, CO
37 - 12/07/17 - 00:50h, CO
38 - 12/07/17 - 00:50h, CO
39 - 12/07/17 - 00:50h, CO
40 - 12/07/17 - 00:50h, CO
41 - 12/07/17 - 00:50h, CO
42 - 12/07/17 - 00:50h, CO
43 - 12/07/17 - 00:50h, CO
44 - 12/07/17 - 00:50h, CO
45 - 12/07/17 - 00:50h, CO
46 - 12/07/17 - 00:50h, CO
47 - 12/07/17 - 00:50h, CO
48 - 12/07/17 - 00:50h, CO
49 - 12/07/17 - 00:50h, CO
50 - 12/07/17 - 00:50h, CO
51 - 12/07/17 - 00:50h, CO
52 - 12/07/17 - 00:50h, CO
53 - 12/07/17 - 00:50h, CO
54 - 12/07/17 - 00:50h, CO
55 - 12/07/17 - 00:50h, CO
56 - 12/07/17 - 00:50h, CO
57 - 12/07/17 - 00:50h, CO
58 - 12/07/17 - 00:50h, CO
59 - 12/07/17 - 00:50h, CO
60 - 12/07/17 - 00:50h, CO
61 - 12/07/17 - 00:50h, CO
62 - 12/07/17 - 00:50h, CO
63 - 12/07/17 - 00:50h, CO
64 - 12/07/17 - 00:50h, CO
65 - 12/07/17 - 00:50h, CO
66 - 12/07/17 - 00:50h, CO
67 - 12/07/17 - 00:50h, CO
68 - 12/07/17 - 00:50h, CO
69 - 12/07/17 - 00:50h, CO
70 - 12/07/17 - 00:50h, CO
71 - 12/07/17 - 00:50h, CO
72 - 12/07/17 - 00:50h, CO
73 - 12/07/17 - 00:50h, CO
74 - 12/07/17 - 00:50h, CO
75 - 12/07/17 - 00:50h, CO
76 - 12/07/17 - 00:50h, CO
77 - 12/07/17 - 00:50h, CO
78 - 12/07/17 - 00:50h, CO
79 - 12/07/17 - 00:50h, CO
80 - 12/07/17 - 00:50h, CO
81 - 12/07/17 - 00:50h, CO
82 - 12/07/17 - 00:50h, CO
83 - 12/07/17 - 00:50h, CO
84 - 12/07/17 - 00:50h, CO
85 - 12/07/17 - 00:50h, CO
86 - 12/07/17 - 00:50h, CO
87 - 12/07/17 - 00:50h, CO
88 - 12/07/17 - 00:50h, CO
89 - 12/07/17 - 00:50h, CO
90 - 12/07/17 - 00:50h, CO
91 - 12/07/17 - 00:50h, CO
92 - 12/07/17 - 00:50h, CO
93 - 12/07/17 - 00:50h, CO
94 - 12/07/17 - 00:50h, CO
95 - 12/07/17 - 00:50h, CO
96 - 12/07/17 - 00:50h, CO
97 - 12/07/17 - 00:50h, CO
98 - 12/07/17 - 00:50h, CO
99 - 12/07/17 - 00:50h, CO
100 - 12/07/17 - 00:50h, CO

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Data:

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: () Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data:

Hora:

Médico:

CRM:

7/9/2017 12:13:30 AM

Usuario do Atendimento
CLEBSONCS



**HOSPITAL
DO VALE**
INSTITUTO VOLTERRA DE REABILITAÇÃO DE
DOENÇAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CNPJ: 19.289.494/0001-82

Alexandro Neves da Silva
ARZUDA.
ATESTADO

Atesto que o paciente acima
é portador de sequela de
frat. do fêmur e, exata a
ferida articular do jo-
elho e do resto de tendão.
Vítima de acidente de mo-
torista em 02/07/17

Dr. José Wanderley de Aguiar
Fisioterapeuta - Ortopedista
CRM - 8028

Rua Severino Vasconcelos Aragão, 17 - José Fernandes Sales
CEP: 55.700-000 - Limoeiro/PE - Fone: (81) 3628.1188, Fax: (81) 3628.1317
05.802.494/0001-82

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0354906

Formulário: 00029237-6

Idade: 23 ANOS, 9 MESES e 6 DIAS

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Dt. Nasc.: 02/10/1993 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA PREFEITO CLOVES DE LIMA, Nº 22

CEP: 55730-000

Cidade: JOÃO ALFREDO/PE

Bairro:

Nac: BRASIL

Documento: 079.182.275

CNS: 896003976223046

Sisgrenatal:

Tel.:

Mãe: LETICIA ALVA FERREIRA DA SILVA

Pai: ALEXANDRO NEVES DE ARRUDA

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: MESMO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
09/07/2017 21:24	0354906	QUEDA DE MOTO
03/10/2013 13:03	0040392	ENDIMINAMENTO DO H. DE JOAO ALFREDO

PRE-CONSULTA:

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Vitima de acidente automobilístico com contusões de membros superiores, membros inferiores, membros de membros.

Queixa de dor no membro superior e inferior, membros superiores e inferiores.

Exame físico: membros superiores e inferiores com coloração normal, sem edema, sem hematomas, sem feridas, sem hematomas, sem feridas.

Tratamento

① SNT 100mg
② morfina 1mg + 100mg
③ Dipirona 1mg + 100mg
④ Analgésico
⑤ Analgésico
⑥ Analgésico
⑦ Analgésico
⑧ Analgésico
⑨ Analgésico
⑩ Analgésico

Exames complementares: Exame físico do membro superior e inferior.

Impressão diagnóstica: CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às _____ h _____ m do dia _____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO ☐ BASICO ☐ ESP	TECNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PUNTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência ☐ urgência especializada ☐ observação clínica		MÉDICO / CRM
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETOUR		HORÁRIO
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DE SEGUROS LTDA	
	TECNICO / CONSELHO	
	8-2 JAN. 2018	
	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C	
	Boa Vista - CEP: 50.060-010	
	RECIFE-PE	

24SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 End.: Rua Aprígio Guimarães 5/N Teplão - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA
 Registro: 1035622 Enf: 20 Lato: 2

DATA DE ENTRADA: 21/09/2017 DATA DE SAÍDA: 27/09/2017
 DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:
 RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO.
 DIAGNÓSTICO FINAL:
 O MESMO
 EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):
 PACIENTE SUBMETIDO A MOBILIZAÇÃO ARTICULAR SOB ANESTESIA COM
 GANHO DE 90 GRAUS DE FLEXÃO, EVOLUI BEM E EM ACOMPANHAMENTO
 COM FISIOTERAPEUTA. EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA
 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIA E FISIOTERAPEUTICO
 DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE JOELHO
 PARA CONTROLE EM: 15 DIAS
 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM:

SES/FUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL
 SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA - SUS - PE
 ATESTADO MÉDICO
 ATESTO que o segurado : ALEXANDRO NEVES DA SILVA
 necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
 desta data, por motivo de doença.
 Diagnóstico: RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO
 Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
 Com 15 dias
 Recife, 27/09/17
 Médico - CRM-PE
 NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.301 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
 PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SFS

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Apolônio Guimarães S/N Têgpid - Recife - PE 5427-328

RESUMO DE ALTA

NOME: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Reg: 1035522

Enf: 15

Leito: 3

DATA DE ENTRADA: 09/07/11

DATA DE SAÍDA: 10/07/11

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA FEMUR DISTAL COM LESÃO DE TENDÃO QUADRILTERAL

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA)

PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RECONSTRUÇÃO DE APARELHO EXTENSOR. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ALTA COM ANTIBIÓTICO ORAL E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

PARA CONTROLE EM:

[Assinatura]
MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGIROS LTDA

02 JAN. 2010

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
 Endereço: Rua Apolônio Guimarães SN Torre Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Luiz Antônio da Silva Mendes 235072
 Registro:

Clínica: Clínica Procedimento:

Exame físico

Paciente com
 de um do
 de apêndice
 Teste de
 exame de
 para E. CID: S-22-2

Data: 31/08/12

05.802.494/0001-41

TRACAPAR
 DE SEGUROS LTDA

Médico: CRV
 02 JAN 2013

075-408

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End: Rua Adolpho Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PARN 31623500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

PRONTUÁRIO Nº: 1035622 ALTA HOSPITALAR EM: 07/08/2017

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE JOELHO EM: 15 DIAS

MÉDICO: DR ALEXANDRE RODRIGUES

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE: 07/08/2017

[Assinatura]
DR. ALEXANDRE RODRIGUES
CRM: 251.25.317

MÉDICO RESPONSÁVEL EXAMINADO

PLANO DE CUIDADOS DO PACIENTE

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SO SERÁ VÁLIDO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS.
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE.
- C. SO AGENDAR PACIENTES DE TERMINAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNAR AO AMBULATÓRIO 1º RETORNO.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

SES/PUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MEDICA - SUS-PE

ATESTADO MEDICO

ATESTO que o segurado ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a
partir desta data, por motivo de doença.

Diagnostico: FRATURA FEMUR DISTAL COM LESAO DE TENDAO
QUADRICEPTAL

Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
Com 15 dias

Luciano Siqueira
Médico
CRM - PE: 25.317

Recife, 07/8/2017

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 26
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ATISSEPSE + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERES.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A.SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES S ARRUDA	Nº DO REGISTRO: 1035622
CLINICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 15-3

OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES

1º ASSISTENTE: DR THIAGO	2º ASSISTENTE: DR CLENIO + DR LUCAS
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA ROBERTA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 03/08/2017 INICIO: FIM:

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: LESÃO COMPLEXA DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO COMPLEXA DO JOELHO + ALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO

OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DBH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
4. INCISÃO LATERAL DISTAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS
5. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL
6. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS
7. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS
8. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA
11. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM
12. LIMPEZA COM SF 0,9%
13. SUTURA POR PLANOS
14. CURATIVO

EMPRESA: ORTOMEDICA	MATERIAL USADO: 01 PLACA DCS + 01 PINO DESLIZANTE + 01 PINO ANTIDESLIZANTE + 06 PARAFUSOS CORTICAIS
---------------------	---

5. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL
6. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS
7. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS
8. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA



SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ATISSEPSE + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERÉIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0.9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SES/PESAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesiista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ATISSEPSE + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERES.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

Renato Costa
Médico
CRM 24.020

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN, 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

DA CLÍNICA:

Traumatologia (3-andar)

A CLÍNICA:

Médica

NOME DO PACIENTE:

Alexandro Neves Silva

SEXO: M

IDADE: 23

COR:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

CATEGORIA:

ANDAR:

ALA:

ENFERMARIA OU QUARTO:

LEITO N°

REGISTRO N° 1035622

MOTIVO DA CONSULTA:

Remete o paciente para avaliação
de dificuldade para respirar e dor
torácica embólica?

DATA:

12/7/17

ASSINATURA DO MÉDICO-CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

Paciente com história de dor no tórax e dispnéia.
No momento o paciente não se queixa de dor no tórax, nem dispnéia, refere que teve uma crise de asma há alguns dias, mas passou.

No momento sem sintomas.
Ao exame: ECG, normal. Afebril, saturação
periférica, 96%.
35.802.494/0001-44
TRACOS CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2018
35.802.494/0001-44
TRACOS CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2018
35.802.494/0001-44
TRACOS CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2018

Conduta: monitorar
respiração.

DEVERÁ VOLTAR EM:

DATA: 14/07/17

ASSINATURA DO MÉDICO-CREMEPE

101-EGOF

Assinado em 12/07/17 - Rosamaria - CM

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Apúgio Guimarães s/n Tejipió CEP 50920-640 Fones: 3182-8545 / 8549 - FAX: 31823580
Equipamento: CMD 800!

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ID amostr: 011076
ID paciente: 1035622 Tipo de amostra: Soro
Data nascimento: Cód barra:
End: Data da coleta: 11/07/2017
Sexo: Masc Hora da coleta:
Endicor: Depart.: 3 SUL
Diagn.: Comentários:

Química	Resultado	Unidade	NARC	Interv. ref
GLICOSE	91	mg/dL		70 - 100
UREIA	30	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.79	mg/dL		0.70 - 1.30

Data/Hora solicitação: 11/07/2017 Data/Hora teste: 11/07/2017 Data/Hora impr.: 11/07/2017 12:30:41

Testador: Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

11.07.2017
12:32
Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 76E-11/07/17
Patient ID 1835622
Patient Name ALEXANDRO NEVES SILVA
Birth Date Sex

Department 3 SUL
Physician
Entry Date 11.07.2017

Operator notes

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
combip1-PTex	11.6	S	9.920 - 14.9	11.07.2017 - 12:32
	0.973	INR		
	106	g	70.0 - 120	



05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

te: * = outside normal range

Signature



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua Aprígio Guimarães, s/n - Tejipió - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN Series Result

303/08



Nº amostra: 76 Rack: 6 Posição: 4 11/07/2017 12:12:55 WB
ID paciente: 1035622 3 SUL
Nome: ALEXANDRO NEVES SILVA

SÉRIE VERMELHA		REFERÊNCIA
RBC	3.56 [10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.5
HGB	10.6 [g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	31.6 [%]	34 - 48
MCV	88.8 [fL]	80 - 98
MCH	29.8 [pg]	25 - 32
MCHC	33.5 [g/dL]	31 - 36
RDW-SD	38.5 [fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	11.9 [%]	12 - 15
RBC	0.00 [10 ³ /uL]	0.0 [%]

RBC

WNR

PLT

WDF

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	106 [10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	12.8 [fL]	9.0 - 13.0
PDW	17.0 [fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	47.0 + [%]	13.0 - 43.0
PCT	0.14 - [%]	0.17 - 0.35

SÉRIE BRANCA

WBC	8.71 [10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.01 * [10 ³ /uL]	0.1 * [%]
NEUT	6.62 * [10 ³ /uL]	76.0 * [%]
LYMPH	1.87 * [10 ³ /uL]	12.3 * [%]
MONO	0.93 * [10 ³ /uL]	10.7 * [%]
EO	0.07 [10 ³ /uL]	0.8 [%]
BAFO	0.02 [10 ³ /uL]	0.2 [%]

2.0 - 7.0 # 45 - 75%
1.0 - 4.0 # 20 - 40%
0.1 - 1.0 # 03 - 10%
0.0 - 0.7 # 0 - 7%
0.0 - 0.2 # 0 - 2%

ABC IP Message
Blasts/Abn Lympho?
Atypical Lympho 2.0%

RBC IP Message

PLT IP Message

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

NOME:		REGISTRO:		DATA:	
Sondagem / Drenagens				Medicações	Qnt.
Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	Adrenalina amp.	
Bolsa colet. - Vácuo		Sonda Foley 2 vias Nº		Água Bid. amp.	02
Coletor aberto		Sonda Nasog. Nº		Amicacina	
Coletor fechado		Sonda Retal Nº		Aminofilina amp.	
Dreno Laminar		Sonda Uretral Nº		Atropina amp.	02
Dreno Penrose-Nº				Bextra	
Dreno Sucção - Nº 6.4	01			Bicarbonato de Na	
Dreno Torácico-Nº	1			Cloreto de Na	
				Clorid. Lidocaína 2%	
Venoclise e Acessos		Continuação - Fios		Clorid. Ondansetrona	
Produto	Qnt.	Catgut crom.	Qnt.	Decadron	01
Adaptador Transfix		Catgut simp.		Diclofenaco Na	
Aguilha Hipodermica 13x45		Catgut simp.		Dipirona	
Aguilha Hipodermica 25x07		Ethibond 5 L		Dopamina	
Aguilha Hipodermica 40x12		Ethibond		Dramin	01
Aguilha Perican		Monocryl 20 L		Efortil amp.	01
Aguilha Spinocan 27	01	Monocryl 3-0 L		Fenergan	
Cateter Duplo Lumem Nº		Mononylon		Glicose amp.	
Cateter Nasal	01	Mononylon		Gluconato Ca	
Cateter pleco stimuplex A-50		Poliglact. (vicryl) 10 L	02	Heparina	
Cateter pleco stimuplex A-100		Poliglact. (vicryl)		Hidrocortisona	
Cateter Subclávia Nº		Prolene		Hiocina	
Equipo Artroscopia		Prolene		Hypaque	
Equipo Bomba de Infusão		Seda		Kefazol 1g	02
Equipo de PVC		PDS 1 L		Keflin 1g	
Equipo Fotossensível		Mat. Firma Consig:		Lasix	
Equipo MED-MED		Produto	Qnt.	Metronidazol	
Equipo Microgotas		Cimento ósseo		Neocaina 0,5% C/A	
Equipo Macrogotas	01	Comp. (Colo)		Neocaina 0,5% S/A	
Extensorfix		Comp. Acetab.		Neocaina 5% pes.	
Jeico Nº		Fixador Ext.		Nalox ou Naloxon	01
Jeico Nº		Haste de femur		Prostigilmine amp.	
Poliifix		Haste de tibia		Ranidina	
Seringa 01cc	01	Haste fem. (prot.)		Ronzurônio	
Seringa 05cc L	02	Parafuso	05	Ropivacaina	
Seringa 10cc L	03	Parafusos 802.494/0001-41		Tiletal 40 mg- FA	
Seringa 20cc		Placa		Tractum amp.	
Seringa 50cc ou 60cc		Placa		Indinavir	01
Torneirinha 3 vias		Fio de Kirschner	02		
		Fios de Sutura			
		Cloridin		Fentanil	01
Produto	Qnt.	Dimorf 10 ou 0,2 mg		Isoflurane	
Algodão	0	Diprivan/Propofol		Rapifen amp.	
Algodão		Dolantina amp.		Sevoflurano	
Algodão s/ag.	1	Dormonid 25 mg	01	Utiava/Remifentanila	
Catgut crom.		Lanexate amp.		Vallium/diazepam 10 mg	

Circulante (DEEN R-516)

CIRCULANTE

NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA

Nome: Alexandre Neres da Silva Idade: 27 Registro: 1035622
 Data: 03/08/17 Posto: II Enferm.: 15 leito: 03 Atendimento: 66.3 + 01
 Cirurgião: Dr. Alexandre Rodrigues 2ª Auxiliar: Dr. Thiago B. Lima 2ª Auxiliar: Dr. Cláudio
 Cirurgia: 1ª Cirurgia de Fraturas de Extremidade Sala: C-1
 Tipo de anestesia: Local () Bloqueio () Peridural () Raque (X) Sedação () Geral ()
 Anestesista: Dr. Roberto Enf.: Elaine Lima
 Instrumentador(a): Carla Firma: Intermedica Circulante: Almeida
 Hora admissão pact. na SO: 08:00 Hora saída pact. da SO:
 Início da Anestesia: 08:30 Término:
 Início da Cirurgia: 08:45 Término: 12:00
 Horário de Garroteamento: Inic. Term.
 Destino do Pact. no POI: SRPA (X) Leito de Origem () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica		Soluções:		Equipamentos:	
Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NÃO	
Lenço		Água Oxigenada		Aparelho Anestesia	() ()
Máscara	04	Alcool a 70%		Aquecedor	() ()
Propér	08	Ácidos Graxos Essenc.		Arco Cirúrgico	() ()
Touca	08	Clorexid. Alcool 2% <u>200ml</u>		Aspirador Elétrico	() ()
Materiais:		Clorexid. Alcool, 4%		Bisturi Elétrico	(X) ()
Produto	Qnt.	Pomada		Bomba de Infusão	() ()
Algodão Ortopédico		Tintura de Benjoim		Bomba de Seringa	() ()
Atadura de Etepe		Xylestesin Golete		Capnógrafo	() ()
Atadura de Gesso		Xylestesin Spray		Foco Móvel	(X) ()
Borracha (Latex ou Silicone)	01			Garrote Pneumático	() ()
Cateter Nasal	01	Soros:		Manta Térmica	() ()
Compressa Cirurg. <u>12x11</u>		Produto	Qnt.	Microscópio	() ()
Compressa Cirurg. Coluna		Água Dest. 500ml		Monitor Cardíaco	(X) ()
Compressa de Gase <u>2x2L</u>		Manitol 20% 250ml		Oxímetro	(X) ()
Eletrodos	05	Manitol 3% 250ml		Torre de Vídeo	() ()
Espádrapo		SF 0,9% 500ml	11	Artroscópio	() ()
Espádrapo Ant. alerg.		SF 0,9% 250ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 15	01	SF 0,9% 100ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 21	01	SF 0,9% 100ml		Materiais Especiais	
Luva Cirúrgica Nº 7,0		SG 5% 500ml		Produto	Qnt.
Luva Cirúrgica Nº 7,5 <u>2x20</u>	15	SG 10% 500ml		Camisa de Vídeo	
Luva Cirúrgica Nº 8,0 <u>12</u>	05	SGF 250ml		Cellaramp	
Luva Cirúrgica Nº 8,5		SRL 500ml		Alta Cardíaca	
Luvas Proced. Estéril					
Luvas Proced. n Est. <u>2x2</u>	09				
Malha Tubular <u>Perna</u>	01				
Perfusor		Intubação / Ventilação		Gases Medicinais:	
		Produto	Qnt.	SIM/NÃO	
Hemostático/Colas Biolog.		Sonda Endot. inf. Nº		Ar Comprimido	() ()
Produto	Qnt.	Sonda Endot. inf. Nº		CO ₂	() ()
Cera Óssea		Sonda Endot. Ad. Nº		Nitrogênio	() ()
Cotonoides		Sonda Endot. Ad. Nº		Oxido Nítrico	() ()
Espanja Hemostática		Fragueteostoma- Nº		Oxigênio	(X) ()
				Protóxido	() ()

05-802-494/0001

THAEO CORRETORES DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Boa Vista - 05/05/2018

Boa Vista - 05/05/2018



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Alexandro Neres da Silva SETOR: 3º Sul
IDADE: 23 anos TELEFONE: 998320758 - Mãe - mãe
RESPONSÁVEL: Juliana Barbosa de Aguiar - companheira
ENDEREÇO: Rua Góvaldo Lima - n.º 198 -
PONTO DE REFERÊNCIA: João Alfredo
INFORMES: _____

Usuário vítima de acidente de
moto, teve fratura exposta no fêmur,
foi submetido a cirurgia.
Saudável.

Reside com companheira e 2 filhos,
trabalha como metalista.

Autorizamos acompanhante.

05.802.494/0001-7
RATÃO SEGUROS
DE SEGUROS LTDA

02 JAN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PF

043-HOF

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
R. da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

ASSISTENTE SOCIAL/DATA

Alana R-09-07-17



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Alexandro Neves da SilvaCLÍNICA: 3º SulENF: 303LEITO: 04

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
14/01/17		Paciente evolui com EAP, com ci- ente ou não, supressão, com fixação, atenuação e geração curativo, D.O. E.O. (GIC) Gilberto 434.000
20/01/17	13	+ Exame físico D.O. E.O. E.O. (GIC) - Crise Atua de EAP e GIC de EAP Exame físico e Exame físico - com Exame físico
		DE SEGUROS LTDA BOA VISTA CEP 50.060-010
		05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETOHA DE SEGUROS LTDA
		02 JAN. 2018
		Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE PE

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

09/07/2017 00:17



Nome Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Cód. Paciente: 1035622
Data de Nascimento: 02/10/1993
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: FN0001
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 663683

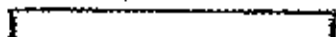


09/07/2017 00:17 - MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO - COREN: 81928 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:



AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE LIMOEIRO, TRANSFERIDO PELO SAMU, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM HD FRATURA EXPOSTA DE RÔTULA ESQUERDA.

Observação:

NEGA DM, HAS E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

-

05.802.494/0001-47
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Acolhido(a) por: MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO

Data: 09/07/2017 00:17



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

II GERES - Gerência Regional de Saúde

Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

1ª Versão: 19/06/2014 - 1ª Edição

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde	HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO	Município	Limoeiro	Região de Saúde
Nome do Paciente	ALEXANDRO AQUEDES DA SILVA ALBUQUERQUE			
Quadro Clínico	Último de uma série de episódios de asma, com história de crises de tosse e chiado no peito, com uso de corticosteroides e broncodilatadores.			
Diagnóstico	Asma crônica com sintomas de crise aguda			
Destino	Hospital Clíneo de Fátima	Município	Recife	H. de Saída
Motivo (Registro Detalhado)	Exatidão exposta do sintoma agudo			
Assinatura do Médico Assistente	Juliano Oliveira CRM 142054		Nº de CRM	Data
			24295	08/01/17
Destino		Município		H. de Saída
Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do Responsável			Nº de CRM	Data
Autorizo a Transferência				
Médico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeira Chefe do Plantão				
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 02 JAN. 2018				
Carimbo / Assinatura				
Unidade Prestadora do Atendimento	Boa Vista - CEP 50.060-010		Município	
Especificação do Atendimento Prestado				



PERNAMBUCO
ESTADO DA PERNAMBUCO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

II GERES - Gerência Regional de Saúde

Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

Formulário 1/10/2013

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde **HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO** Município **LIMOEIRO** Região de Saúde

Nome do Paciente **ALEXANDRO NEVES DA SILVA MELO**

Quadro Clínico **Valioso de colisão motorizada, com fratura exposta do osso da espinha. Ao exame: consciente, orientado, eufórico, normocárdico, Pa=13/8 mmHg, FC=72 bpm.**

Diagnóstico **Politrauma com fratura do osso da espinha**

Destino **Hospital Christus de Frutas** Município **Recife** H. de Saída H. de Chegada

Motivo (Registro Detalhado) **Fratura exposta do osso da espinha.**

Assinatura do Médico Assistente **SENMA: 5208326**

Nº do C.R.M. **24295** Data **08/01/17**

Destino Município H. de Saída H. de Chegada

Motivo (Registro Detalhado)

Assinatura do Responsável Nº do C.R.M. Data

Autoriza a Transferência

Médico Chefe do Plantão

Carimbo / Assinatura

Confirma o Motivo Administrativo

05.802.494/0001-4

Enfermeira Chefe do Plantão

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Carimbo / Assinatura

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Unidade Pres. Para o Atendimento

RECIFE-PE Município

Especificação do Atendimento Prestado

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
 Data Nasc.: 02/10/1993 Idade: 23 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião:
 CPF: RG: CNS: 705009835107454
 Endereço: RUA WOSVALDO LIMA Nº: 198
 Bairro: CENTRO Cidade: JOAO ALFREDO Estado: PE
 CEP: 55720000 Fone: 558197979342
 Acompanhante: Celular:
 Nome da Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA Profissão:
 Nome do Conjuge: PROTESE
 Cálculo: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA REVISADO 10/10/17

2 - ATENDIMENTO

Data: 09/07/2017 09:13

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

FR - FRACTURA DE
FEMUR DISTAL

Exame Físico:

GLASGOW 15 PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

AVULSO DO GEMEL

MEMO HASE
DE FEMUR

Prescrição:

Data

Dieta:

Horário

PRETAC 3 PALPAC
OACOLA - BENEFICIAL

05.802.494/0001-4

EMPRESA CORRUPORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua de Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

DATA

ASS



0012

Contato da Paz S&A de IM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

QUARE DA SILVA COPIERO

000 IDENTIFICADOR ASSOCIADO
5237115-808-PE

CPF: 029.648.794-51 DATA NASCIMENTO: 18/06/1976

FLUXO: 1

GERALDO ERVIANO DA SILVA
DOVALTER MARIA DA SILVA

PERMISSÃO: 1

VALIDADE: 29/04/2021

FINANCIAMENTO: 05/11/2010

RESERVAÇÃO: sem observações

Assinatura de G. M. Copiero

ASSINATURA DO PERMISSIVO: 02/05/2016

44911686584
02073586391

1224143342

05.802.494/0001-71
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE 05



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA
DESENVOLVIMENTO

08R-27

Alexandro Neves da S. Arruda

9-182.279 07/03/2017

<< ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA >>

<< ALUIZIO NEVES DE ARRUDA >>

<< LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA >>

JOAO ALFREDO - PE 02/10/1993

<< CN. 30.619.1.439 FISS CART. JOAO ALFREDO-PE 31.05.2000 >>

114.151.924-05

Alexandro Neves da S. Arruda

TÍTULO EDITORA

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

02/10/1993	0036 1648 0858	008	0005
JOAO ALFREDO-PE	2010-27-018		

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



REPUBLICA DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **JOÃO DA SILVA**

CPF: **123.456.789-01**

RG: **123456789**

Endereço: **Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C**

Cidade: **Boa Vista**

Estado: **SP**

CEP: **05.060-010**

Assinatura: *[Assinatura]*

Carimbo: **02 JAN. 2018**

05.802.494/0001
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
PERM. DE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013432012631
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COB. RENAVAM 324851812 RENTR ***** EXERCÍCIO 2017

ANDRE DA SILVA SANTOS

LIMOEIRO - PE

109.894.174-84 PFP6405

PLACA ANT/UF ***** 9C2KC1680BR511140

PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP/PT/CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

PAIX/PRVA. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

LIMOEIRO - PE 21/06/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

LEI Nº 4.737/64 - OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE QUE SE ENCONTREM EM CIRCULAÇÃO NO BRASIL - TRANSITO ADMS OUTRA LEI Nº 9.503/97

PE Nº 013432012631 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANDRE DA SILVA SANTOS

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

LIMOEIRO - PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 21/06/17

VIA 1 COB. RENAVAM 324851812 RENTR ***** EXERCÍCIO 2017

109.894.174-84 PFP6405

PLACA ANT/UF ***** 9C2KC1680BR511140

PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP/PT/CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

PAIX/PRVA. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

LIMOEIRO - PE 21/06/17

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.602/0001-54

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

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

DETRAN

DETRAN

ABR-2017

4007

6014161 9210 315 全同聚丙烯

0134320:2631

100-443687-100

117-455102-2

2515

1950年10月1日 星期日

UTMONT 4 22

1-73 0640524-001

1991年12月

SECRET 15-03300 11-1-90

5. PROSECUTION

[illegible]

FORMER CG18H ENH 2334

2005年3月23日

2025

羊永昌卷二四

金会网6888-999

IRVA 20-1 OUTRAGE

SECURITY INFO

SECRET

UNIT TWO

Carlton Anderson, 1906-1972

013432012631 - BANQUE DE SAO PAULO S.A.
ANDRE DA SILVA OLIVEIRA

MORE DA SILVA, DENISE

[illegible]

144023-20-0

1. 姓名: 张三 性别: 男 年龄: 25 职业: 教师

02/20/04 R3

122-99-52812

HOIHOA/CP-2:0 DAN 2301

2212

54

SECRET

STANDARDIZATION

WESTERN UNION LINES OF VAX

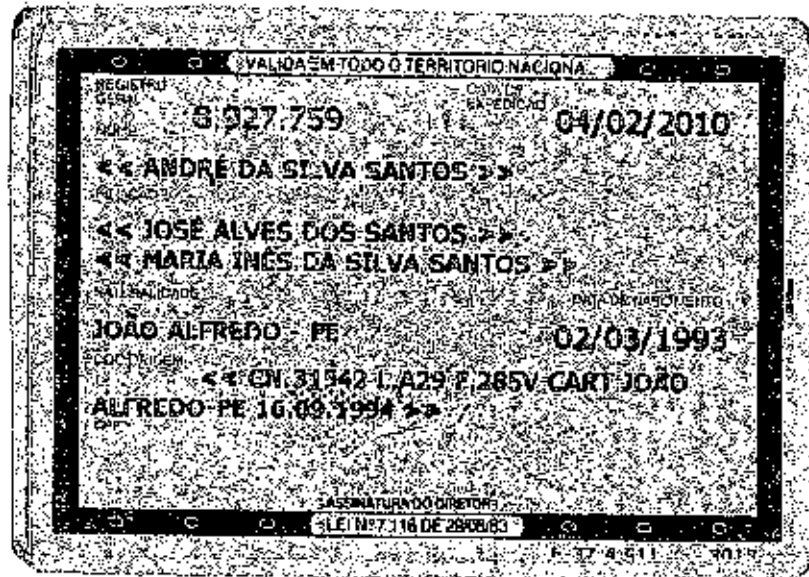
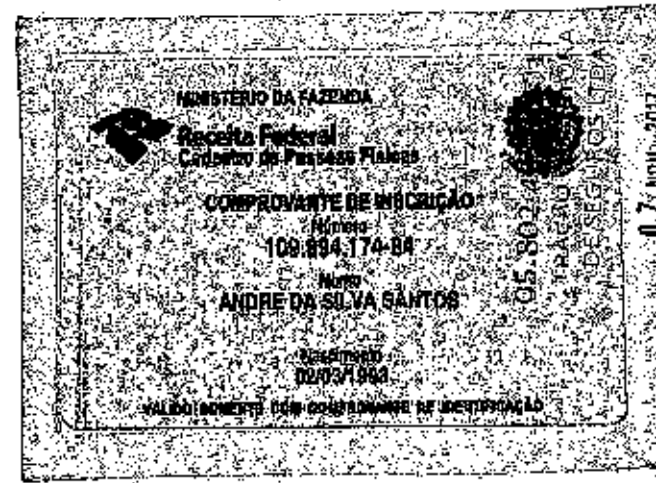
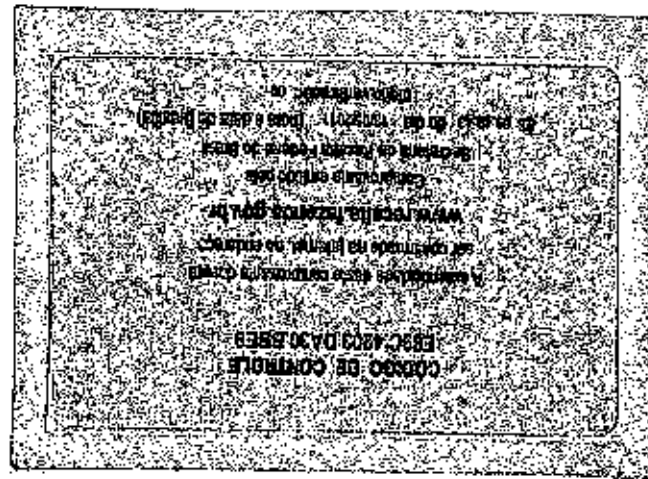
DETHAQUE E. DIERGE C. BILHATS D'EST

2013年 第1期 第10页

02 JAN 1962
RUA DA AURORA, Nº 175, SL. 902 BL. C
BOA VISTA - CEP. 50.060-010
REC-3333-DE

No. 15, 75, 010-090

RECEIVED



Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001264/18

Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

CPF: 114.151.924-05

Data do Acidente: 08/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA : 114.151.924-05

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de Identificação

Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2018

Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO

CPF/CNPJ: 029.648.794-51

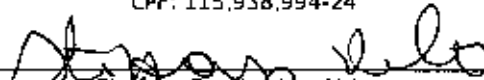
GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2018

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021632 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
ARRUDA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPTAL

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO EM JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPTAL EM PRIMEIRO TEMPO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR E EM SEGUNDO TEMPO COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARUFUSOS E RECONSTRUÇÃO DO TENDÃO QUADRICIPTAL APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO COM ARTROFIBROSE E LINFEDEMA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações: obs - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

CRM do médico: 18568

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Glauco da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF 029.648.794 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexsandro Nery da S. Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.151.924 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexsandro Nery da S. Arruda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.151.924 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua da Alegria</u>		Número <u>317</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Limoeiro</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.700-000</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular(DDD) (87) <u>99938-8886</u> <u>99137-5964</u>	

15.802.494/0001-41

IRACÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

Limoeiro, 26 de Outubro de 2017
Local e Data

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

PERFUME

Glauco da Silva Coutinho
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Neves da Silva AlmeidaRG nº 9.182.279, data de expedição 07/03/2017 Órgão SAS-PE

CNPJ nº 14.151.924-05 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José A. de Almeida</u>
Número	<u>196</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Quilombo Lima</u>
Cidade	<u>João Alfredo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.720-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99938-8886 / (81)99137-5964</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Alfredo - PE, 26/10/2017Assinatura do Declarante: Alexandre Neves da Silva Almeida35.802.494/0001-41
MOTORÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

29/05/2017
 83870500000-1-5677001-007-3-00207582710-3-080800003623

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandro Neres da Silva Arruda, portador da
carteira de identidade nº 9.182.279-568-PE inscrito no CPF/MF sob o nº
114.151.924-05, residente e domiciliado na
Rua José A. de Arruda N: 196 Osvaldo Lima
João Alfredo, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para
fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

João Alfredo - PE 26/10/2017
Local e data

Alexandro Neres da Silva Arruda
Assinatura do declarante

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



**SAMU
192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Secretaria de Saúde de João Alfredo

CEP: 55.720-000 - CNPJ: 11.097.359/0001-45



Cartão de identificação
"0006"
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA, RG: 9.182.279, CPF: 114.151.924-05; fez uso dos serviços desta instituição, ocorrência nº 354600 na data de 08/07/2017, na condição de paciente politraumatizado vítima acidente de carro/moto apresentando perca parcial de MIE parte anterior da patela, consciente, orientada a mesma nega vômito e desmaio. Realizado procedimentos iniciais no local e conduzida em viatura para Hospital Otávio de Freitas..

Atenciosamente,


André Luís Aguiar de Lima
Enfermeiro
COREN-PE 203068

**ANDRÉ LUÍS AGUIAR DE LIMA
ENFERMEIRO COREN Nº 203068-PE
COORDENADOR DO SAMU**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

João Alfredo, 18 de julho de 2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0207000604

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/09/2017** às **12:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/7/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, -PE- 90 - SÍTIO ENCRUZILHADA DE BOM JARDIM-PE- - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO AO BAR DO CALDINHO**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANDRE DA SILVA SANTOS (OUTRO)
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

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

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA Pai: ALUIZIO NEVES DE ARRUDA Data de Nascimento: 2/10/1993 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9182278/SDS/PE (RG), 11415192405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Motivo da Viagem: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 196, RUA JOSE A. DE ARRUDA - CEP: 55720000 - Bairro: OSWALDO LIMA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO DE MARCELO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO: CORRETORA

ANDRE DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA INES DA SILVA SANTOS Pai: JOSE ALVES DOS SANTOS Data de Nascimento: 2/3/1993 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8927769/SDS/PE (RG), 10989417454 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Motivo da Viagem: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, BAIRRO MAE RAINHA - CEP: 55720000 - Bairro: MAE RAINHA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO DE COTINHA

REC.FE-PE

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANDRE DA SILVA SANTOS**, que estava em

posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFP8405** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **324851812** Chassi: **9C2KC1680BR511140**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/BNV**

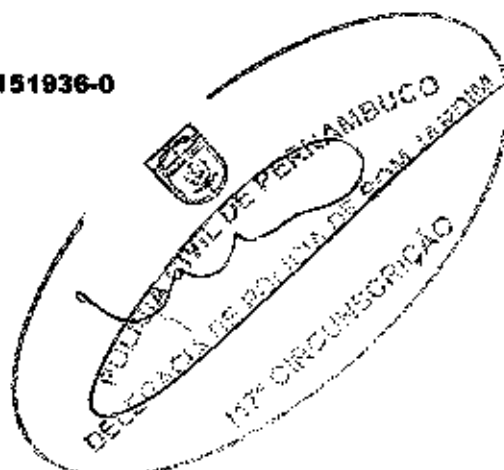
Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JA CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE-90, NA ALTURA DO SÍTIO ENCRUZILHADA, NES TE MUNICÍPIO, NO SENTIDO LIMOEIRO/ENCRUZILHADA, QUANDO UM VEICULO DE PLACA E CONDUCTOR NÃO ANOTADOS QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM, INVADINDO A FAIXA DE ROLAMENTO DA VITIMA, VINDO A COLIDIR NA MOTOCICLETA, CAUSANDO LESOES E ESCORIAÇÕES NA VITIMA E DANOS NA MOTO. ADUZ QUE O MOTORISTA DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORO A VITIMA, QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU DE JOÃO ALFREDO, SENDO LEVADA AO HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO E DE LÁ TRANSFERIDA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRIURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTA PELA VITIMA, NESTA DEPOL.

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

Alexandro Neves da Silva Arruda
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Manoel Bezerra da Costa* Matrícula: **151936-0**



05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	114.151.924-05	Alexandro Neres da Silva Arruda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Alexandro Neres da Silva Arruda		114.151.924-05		agricultor	
Endereço		Número		Complemento	
Rua José A. de Arruda					
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Osvaldo Lima	Jacaré	PE	55.720-000		
Email		Telefone (DDD)			
		99938-8886			
		99137-5964			
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.					

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)							
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)							
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO.		D/V		CONTA NRO.		D/V	
2219		5		27.179		9	
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)							
BANCO Nome		NRO		AGÊNCIA NRO.		D/V	
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.802.494/0001-47

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

José Arruda 26 de Outubro de 2017
Local e Data

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Alexandro Neres da Silva Arruda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Banco Postal

*** Depósito em Conta Poupança ***

Agência: 32300298-00 BOM-JARDIM
 Titular: 99945993 10-TX 72180
 R.G. Aut: 104333 Caixa: 85082546
 Data: 27/09/2017 Hora: 10:43
 (Horário de Brasília)
 BANCO DO BRASIL 0120
 5757800024 SAC: BR 0800.729.0122
 COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUPANÇA
 EM DINHEIRO

CLIENTE: ALEXANDRO N D S ARRUDA
 AGÊNCIA: 2219-5 CONTA: 27.179-9 DAR: 51
 DATA: 27/09/2017
 NR DOCUMENTO: 57.578.000.240.128
 VALOR DINHEIRO
 VALOR TOTAL
 NR AUTENTICAÇÃO: A: 897.914.753.696.898
 Créditos a partir de 04-05-2012, estão
 disciplinados pela Lei 12.703

Conta Poupança

05.802.494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECFF-PE



Procuração

Ficou presente instrumento particular de procuração, e outorgante abaixo qualificado comparece ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda

portador(a) do documento de identidade nº 9182.279 expedido por SDS/PE em

07.03.2012, assina no CPF sob o nº 114.151.934-05, residente na

Rua José A. de Arruda nº 196

complemento Casa bairro Oliveira Lima, cidade

João Alfredo estado PE

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.287.115 expedido por SDS/PE em

06.12.0011, assina no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na

Rua da Alegria nº 317

complemento Casa bairro Centro, cidade

Limoeiro estado PE

Amplas poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos tendo a complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura da FORMALIZAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

João Alfredo, 04 de Setembro de 2012

Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda

Serviço Notarial e Registral - Optado Único

Procuração por Autenticação e firma de ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

em 04/09/2012 às 15:30 e em 16. de 2012.

Assinado eletronicamente pelo Tabelião de Notas e Cartório de Registro de Imóveis

Assinado eletronicamente pelo Tabelião de Notas e Cartório de Registro de Imóveis

Assinado eletronicamente pelo Tabelião de Notas e Cartório de Registro de Imóveis



05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021632 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
ARRUDA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPTAL

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO EM JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPTAL EM PRIMEIRO TEMPO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR E EM SEGUNDO TEMPO COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARUFUSOS E RECONSTRUÇÃO DO TENDÃO QUADRICIPTAL APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO COM ARTROFIBROSE E LINFEDEMA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações: obs - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

CRM do médico: 18568

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001264/18

Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

CPF: 114.151.924-05

Data do Acidente: 08/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA : 114.151.924-05

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de Identificação

Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

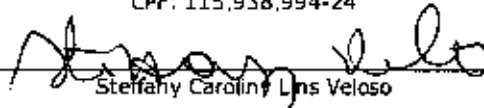
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF/CNPJ: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso



**HOSPITAL
DO VALE**
INSTITUTO VOLTERRA DE REABILITAÇÃO DE
DOENÇAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CNPJ: 19.289.494/0001-82

Alexandro Neves da Silva
ARZUDA.
ATESTADO

Atesto que o paciente acima
é portador de sequela de
frat. do fêmur e, exata a
ferida articular do jo-
elho e do resto de tendão.
Vítima de acidente de mo-
torista em 02/07/17

Dr. José Wanderley de Aguiar
Fisioterapeuta - Ortopedista
CRM - 8028

Rua Severino Vasconcelos Aragão, 17 - José Fernandes Sales
CEP: 55.700-000 - Limoeiro/PE - Fone: (81) 3628.1188, Fax: (81) 3628.1317
05.802.494/0001-82

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0354906

Promitório: 00029237-6

Idade: 23 ANOS, 9 MESES e 6 DIAS

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Dt. Nasc.: 02/10/1993 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA PREFEITO CLOVES DE LIMA, Nº 22

CEP: 55730-000

Cidade: JOÃO ALFREDO/PE

Bairro:

Nac: BRASIL

Documento: 079.182.275

CNS: 896003976223046

Sisgrenatal:

Tel.:

Mãe: LETICIA ALVA FERREIRA DA SILVA

Pai: ALEXANDRO NEVES DE ARRUDA

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: MESMO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
09/07/2017 21:24	0354936	QUEDA DE MOTO
03/10/2013 13:03	0040392	ENDIMINAMENTO DO H. DE JOAO ALFREDO

PRE-CONSULTA:

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Vitima de acidente automobilístico com contusões de membros superiores, membros inferiores, membros do tronco e membros da cabeça, com fraturas de fêmur e tibia.

Exame de sangue comunitário e de urina, exames de imagem (raio-x e tomografia computadorizada) e exames de imagem (raio-x e tomografia computadorizada).

Exames de imagem (raio-x e tomografia computadorizada) e exames de imagem (raio-x e tomografia computadorizada).

Tratamento

1) S.O.C. (Sociedade de Oculistas) - 10/10/2018
 2) medicação 1 ml + 10 mg
 3) Duplex 1 mg + 10 mg
 4) Duplex 1 mg + 10 mg
 5) Duplex 1 mg + 10 mg
 6) Duplex 1 mg + 10 mg
 7) Duplex 1 mg + 10 mg
 8) Duplex 1 mg + 10 mg
 9) Duplex 1 mg + 10 mg
 10) Duplex 1 mg + 10 mg

Exames complementares: Exames de imagem (raio-x e tomografia computadorizada) e exames de imagem (raio-x e tomografia computadorizada).

Impressão diagnóstica: CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às _____ h _____ m do dia _____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO	TECNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BASICO ☐ ESP	
☐ RETIRADA DE PONTO		
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
☐ urgência ☐ urgência especializada		
☐ observação clínica		
05.802.494/0001-41		HORÁRIO
TRACÃO CORRETOA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DE SEGUROS LTDA	
	TECNICO / CONSELHO	
	8-2 JAN. 2018	
	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C	
	Boa Vista - CEP: 50.060-010	
	RECIFE-PE	

24SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 End.: Rua Aprígio Guimarães 5/N Teplão - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA
 Registro: 1035622 Enf: 20 Lato: 2

DATA DE ENTRADA: 21/09/2017 DATA DE SAÍDA: 27/09/2017
 DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:
 RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO.
 DIAGNÓSTICO FINAL:
 O MESMO
 EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):
 PACIENTE SUBMETIDO A MOBILIZAÇÃO ARTICULAR SOB ANESTESIA COM
 GANHO DE 90 GRAUS DE FLEXÃO, EVOLUI BEM E EM ACOMPANHAMENTO
 COM FISIOTERAPEUTA. EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA
 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIA E FISIOTERAPEUTICO
 DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE JOELHO
 PARA CONTROLE EM: 15 DIAS
 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM:

SES/FUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL
 SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA - SUS - PE
ATESTADO MÉDICO
 ATESTO que o segurado : ALEXANDRO NEVES DA SILVA
 necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
 desta data, por motivo de doença.
 Diagnóstico: RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO
 Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
 Com 15 dias
 Recife, 27/09/17
 Médico - CRM-PE
 NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.301 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
 PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SFS

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Apolônio Guimarães S/N Tegiô - Recife - PE 5427-340

RESUMO DE ALTA

NOME: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Reg: 1035622

Enf: 15

Leito: 3

DATA DE ENTRADA: 09/07/11

DATA DE SAÍDA: 10/07/11

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA FEMUR DISTAL COM LESÃO DE TENDÃO LIGAMENTOAL

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA)

PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RECONSTRUÇÃO DE APARELHO EXTENSOR. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ALTA COM ANTIBIÓTICO ORAL E ACOMPANHAMENTO EM CONSULTA

PARA CONTROLE EM:

[Assinatura]
MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGIROS LTDA

02 JAN. 2011

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
 Endereço: Rua Apolônio Guimarães SN Tel: 3182-4500 FAX: 3182-4500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Lucas Roberto da Silva Registro: 2135072

Clinica: Clínica Procedência:

Para médico

Prescrever nos itens
 de exame de (exame)
 com de (exame)
 Teste de (exame)
 exame de (exame)
 para E. CID: S-22-2

Data: 31/08/12

05.802.494/0001-41

ADMINISTRAÇÃO
 DE SEGUROS LTDA

Médico: CRV
 02 JAN 2013

075-407

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Adolpho Guimarães S/N Tejido - Recife - PE PABX 31823500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA AMBULATORIO

NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

PRONTUÁRIO Nº: 1035622 ALTA HOSPITALAR EM: 07/08/2017

RETORNAR AO AMBULATORIO DE JOELHO EM: 15 DIAS

MÉDICO: DR ALEXANDRE RODRIGUES

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 07/08/2017

MÉDICO RESPONSÁVEL EXAME

SETORES DE EXAME

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SO SERÁ VÁLIDO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS.
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE.
- C. SO AGENDAR PACIENTES DE TERMINAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNAR AO AMBULATORIO DE RETORNO.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

SES/PUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MEDICA - SES-PE

ATESTADO MEDICO

ATESTO que o segurado ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a
partir desta data, por motivo de doença.

Diagnostico: FRATURA FEMUR DISTAL COM LESAO DE TENDAO
QUADRICEPTAL

Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
Com 15 dias

Luciano Siqueira
Médico
CRM - PE: 25.317

Recife, 07/8/2017

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 26
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ATISSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERES.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A.SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES S ARRUDA	Nº DO REGISTRO: 1035622
CLINICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 15-3

OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES

1º ASSISTENTE: DR THIAGO	2º ASSISTENTE: DR CLENIO + DR LUCAS
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA ROBERTA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 03/08/2017	INICIO:	FIM:
------------------------------	---------	------

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: LESÃO COMPLEXA DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO ESQUERDO

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATORIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO COMPLEXA DO JOELHO + ALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO
--

OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

1. PACIENTE EM DBH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO LATERAL DISTAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS
5. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL
6. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS
7. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS
8. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA
11. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM
12. LIMPEZA COM SF 0,9%
13. SUTURA POR PLANOS
14. CURATIVO

EMPRESA: ORTOMEDICA	MATERIAL USADO: 01 PLACA DCS + 01 PINO DESLIZANTE + 01 PINO ANTIDESLIZANTE + 06 PARAFUSOS CORTICAIS
---------------------	---

5. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL
6. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS
7. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS
8. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDACÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ATISSEPSE + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERÉIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0.9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SES/PESAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesiista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ATISSEPSE + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

Renato Costa
Médico
CRM 24.020

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN, 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Apúlio Guimarães s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8545 / 8549 - FAX: 31823580
Equipamento: CMD 800!

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ID amostr: 011076
ID paciente: 1035622 Tipo de amostra: Soro
Data nascimento: Cód barra:
Idade: Data da coleta: 11/07/2017
Sexo: Masc Hora da coleta:
Endicor: Depart.: 3 SUL
Diagn.: Comentários:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref
GLICOSE	91	mg/dL		70 - 100
UREIA	30	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.79	mg/dL		0.70 - 1.30

Data/Hora solicitação: 11/07/2017 Data/Hora teste: 11/07/2017 Data/Hora impr.: 11/07/2017 12:30:41

Testador: Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

11.07.2017

12:32

Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 76E-11/07/17

Patient ID 1835622

Patient Name ALEXANDRO NEVES SILVA

Birth Date Sex

Department 3 SUL

Physician

Entry Date 11.07.2017

Operator notes

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
combip1-PTex	11.6	S	9.920 - 14.9	11.07.2017 - 12:32
	0.973	INR		
	106	g	70.0 - 120	



05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

te: * = outside normal range

Signature



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua Aprígio Guimarães, s/n - Tejipió - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XX Series Result

303/08



Nº amostra: 76 Rack: 6 Posição: 4 11/07/2017 12:12:55 WB
ID paciente: 1035622 3 SUL
Nome: ALEXANDRO NEVES SILVA

SERIE VERMELHA		REFERENCIA
RBC	3.56 [10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.5
HGB	10.6 [g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	31.6 [%]	34 - 48
MCV	88.8 [fL]	80 - 98
MCH	29.8 [pg]	25 - 32
MCHC	33.5 [g/dL]	31 - 36
RDW-SD	38.5 [fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	11.9 [%]	12 - 15
RBC	0.00 [10 ³ /uL]	0.0 [%]

RBC

WNR

PLT

WDF

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	106 [10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	12.8 [fL]	9.0 - 13.0
PDW	17.0 [fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	47.0 + [%]	13.0 - 43.0
PCT	0.14 - [%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	8.71 [10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.01 * [10 ³ /uL]	0.1 * [%]
NEUT	6.62 * [10 ³ /uL]	76.0 * [%]
LYMPH	1.87 * [10 ³ /uL]	12.3 * [%]
MONO	0.93 * [10 ³ /uL]	10.7 * [%]
EO	0.07 [10 ³ /uL]	0.8 [%]
BAFO	0.02 [10 ³ /uL]	0.2 [%]

2.0 - 7.0 # 45 - 75%
1.0 - 4.0 # 20 - 40%
0.1 - 1.0 # 03 - 10%
0.0 - 0.7 # 0 - 7%
0.0 - 0.2 # 0 - 2%

ABC IP Message
Blasts/Abn Lympho?
Atypical Lympho 2.0%

RBC IP Message

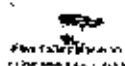
PLT IP Message

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

NOME:		REGISTRO:		DATA:	
Sondagem / Drenagens				Medicações	Qnt.
Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	Adrenalina amp.	
Bolsa colet. - Vácuo		Sonda Foley 2 vias Nº		Água Bid. amp.	02
Coletor aberto		Sonda Nasog. Nº		Amicacina	
Coletor fechado		Sonda Retal Nº		Aminofilina amp.	
Dreno Laminar		Sonda Uretral Nº		Atropina amp.	02
Dreno Penrose-Nº				Bextra	
Dreno Sucção - Nº 6.4	01			Bicarbonato de Na	
Dreno Torácico-Nº	1			Cloreto de Na	
				Clorid. Lidocaína 2%	
Venoclise e Acessos		Continuação - Fios		Clorid. Ondansetrona	
Produto	Qnt.	Catgut crom.	Qnt.	Decadron	01
Adaptador Transfix		Catgut simp.		Diclofenaco Na	
Aguilha Hipodermica 13x45		Catgut simp.		Dipirona	
Aguilha Hipodermica 25x07		Ethibond 5 L		Dopamina	
Aguilha Hipodermica 40x12		Ethibond		Dramin	01
Aguilha Perican		Monocryl 20 L		Efortil amp.	01
Aguilha Spinocan 27	01	Monocryl 3-0 L		Fenergan	
Cateter Duplo Lumem Nº		Mononylon		Glicose amp.	
Cateter Nasal	01	Mononylon		Gluconato Ca	
Cateter pleco stimuplex A-50		Poliglact.(vicryl) 10 L	02	Heparina	
Cateter pleco stimuplex A-100		Poliglact.(vicryl)		Hidrocortisona	
Cateter Subclávia Nº		Prolene		Hiocina	
Equipo Artroscopia		Prolene		Hypaque	
Equipo Bomba de Infusão		Seda		Kefazol 1g	02
Equipo de PVC		PDS 1 L		Keflin 1g	
Equipo Fotossensível		Mat.Firma Consig:		Lasix	
Equipo MED-MED		Produto	Qnt.	Metronidazol	
Equipo Microgotas		Cimento ósseo		Neocaina 0,5% C/A	
Equipo Macrogotas	01	Comp. (Colo)		Neocaina 0,5% S/A	
Extensorfix		Comp. Acetab.		Neocaina 5% pes.	
Jeico Nº		Fixador Ext.		Nalox ou Naloxon	01
Jeico Nº		Haste de femur		Prostigilmine amp.	
Poliifix		Haste de tibia		Ranitidina	
Seringa 01cc	01	Haste fem.(prot.)		Ronzurônio	
Seringa 05cc L	02	Parafuso	05	Ropivacaina	
Seringa 10cc L	03	Parafusos 802.494/0001-41		Tiletal 40 mg- FA	
Seringa 20cc		Placa		Tractum amp.	
Seringa 50cc ou 60cc		Placa		Indometacina	01
Torneirinha 3 vias		Fio de Kirschner	02		
		Fios de Sutura			
Produto	Qnt.	Cloridin	Qnt.	Fentanil	01
Algodão	0	Dimorf 10 ou 0,2	1	Isoflurane	
Algodão		Diprivan/Propofol		Rapifen amp.	
Algodão s/ag.	1	Dolantina amp.		Sevoflurano	
Catgut crom.		Dormonid 25 mg	1	Utiava/Remifentanila	
		Lanexate amp.		Vallium/diazepam 10 mg	
Utiava (DEEN R516) CIRCULANTE					



SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA

Nome: Alexandre Neres da Silva Idade: 27 Registro: 1035622
 Data: 03/08/17 Posto: II Enferm.: 15 Leito: 03 Atendimento: 66.3 + 01
 Cirurgião: Dr. Alexandre Rodrigues 2ª Auxiliar: Dr. Thiago B. Luna 2ª Auxiliar: Dr. Cláudio
 Cirurgia: 1ª Cirurgia de Emergência de Fígado E Sala: C-1
 Tipo de anestesia: Local () Bloqueio () Peridural () Raque (X) Sedação () Geral ()
 Anestesista: Dr. Roberto Enf.: Elaine Lima
 Instrumentador(a): Carla Firma: Orthomed Circulante: Almeida
 Hora admissão pact. na SO: 08:00 Hora saída pact. da SO:
 Início da Anestesia: 08:30 Término:
 Início da Cirurgia: 08:45 Término: 12:00
 Horário de Garroteamento: Inic. Term.
 Destino do Pact. no POI: SRPA (X) Leito de Origem () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica		Soluções:		Equipamentos:	
Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NÃO	
Lenço		Água Oxigenada		Aparelho Anestesia	() ()
Máscara	07	Alcool a 70%		Aquecedor	() ()
Propér	08	Ácidos Graxos Essenc.		Arco Cirúrgico	() ()
Touca	08	Clorexid. Alcool 2% 300ml	200ml	Aspirador Elétrico	() ()
Materiais:		Clorexid. Alcool 4%		Bisturi Elétrico	(X) ()
Produto	Qnt.	Pomada		Bomba de Infusão	() ()
Algodão Ortopédico		Tintura de Benjoim		Bomba de Seringa	() ()
Atadura de Etepe		Xylestesin Gelela		Capnógrafo	() ()
Atadura de Gesso		Xylestesin Spray		Foco Móvel	(X) ()
Borracha (Latex ou Silicone)	01			Garrote Pneumático	() ()
Cateter Nasal	01	Soros:		Manta Térmica	() ()
Compressa Cirurg.	120ml	Produto	Qnt.	Microscópio	() ()
Compressa Cirurg. Coluna		Água Dest. 500ml		Monitor Cardíaco	(X) ()
Compressa de Gase	200L	Manitol 20% 250ml		Oxímetro	(X) ()
Eletrodos	05	Manitol 3% 250ml		Torre de Vídeo	() ()
Espáradrapo		SF 0,9% 500ml	11	Artroscópio	() ()
Espáradrapo Ant. alerg.		SF 0,9% 250ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 15	01	SF 0,9% 100ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 21	01	SF 0,9% 100ml		Materiais Especiais	
Luva Cirúrgica Nº 7,0		SG 5% 500ml		Produto	Qnt.
Luva Cirúrgica Nº 7,5	15	SG 10% 500ml		Camisa de Vídeo	
Luva Cirúrgica Nº 8,0	05	SGF 250ml		Cellamp	
Luva Cirúrgica Nº 8,5		SRL 500ml		Rta Cardíaca	
Luvas Proced. Estéril					
Luvas Proced. n Est.	09				
Malha Tubular	01				
Perfusor					
Hemostático/Colas Biolog.		Intubação / Ventilação		Gases Medicinais:	
Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NÃO	
Cera Óssea		Sonda Endot. Inf. Nº		Ar Comprimido	() ()
Cotonoides		Sonda Endot. Inf. Nº		CO ²	() ()
Espanja Hemostática		Sonda Endot. Ad. Nº		Nitrogênio	() ()
		Sonda Endot. Ad. Nº		Oxido Nitroso	() ()
		Fragueostoma- Nº		Oxigênio	(X) ()
				Protóxido	() ()

05-802-494/0001
 TRACAO CORRETO
 DE SEGUROS LTDA
 02 JAN. 2018



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Alexandro Neres da Silva SETOR: 3º Sul
IDADE: 23 anos TELEFONE: 998320758 - Mãe - mãe
RESPONSÁVEL: Juliana Barbosa de Aguiar - companheira
ENDEREÇO: Rua Góvaldo Lima - n.º 198 -
PONTO DE REFERÊNCIA: João Alfredo
INFORMES: _____

Usuário vítima de acidente de
moto, teve fratura exposta no fêmur,
foi submetido a cirurgia.
Saudável.

Reside com companheira e 2 filhos,
trabalha como metalista.

Autorizamos acompanhante.

05.802.494/0001-7
RATÃO SEGUROS
DE SEGUROS LTDA

02 JAN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PF

043-HOF

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
R. da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

ASSISTENTE SOCIAL/DATA

Albano R-09-07-17



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Alexandro Neves da SilvaCLÍNICA: 3º SulENF: 303LEITO: 04

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
14/01/17		Paciente evolui com EQR, com ci- ente ouvidos suprecor, com fixação atômica, n.º 2, genótipo curativo, D.º, E.º (GIC) Gilberto 434.000
20/01/17	13	+ Exame físico P.º T.º 36,6ºC e 102,0ºC, LEVATA - CRISI- S.º 100/60 e 100/60, E.º 100/60 100/60 e 100/60 (P.º 100/60) com f.º 100/60
		DE SEGUROS LTDA BOA VISTA CEP 50.060-010
		05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETOHA DE SEGUROS LTDA 02 JAN. 2018 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE PE

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

09/07/2017 00:17



Nome Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Cód. Paciente: 1035622
Data de Nascimento: 02/10/1993
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: FN0001
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 663683

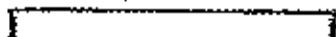


09/07/2017 00:17 - MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO - COREN: 81928 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:



AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE LIMOEIRO, TRANSFERIDO PELO SAMU, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM HD FRATURA EXPOSTA DE RÔTULA ESQUERDA.

Observação:

NEGA DM, HAS E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

-

05.802.494/0001-47
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Acolhido(a) por: MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO

Data: 09/07/2017 00:17



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

II GERES - Gerência Regional de Saúde

Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

1ª Versão: 19/06/2014 - 1ª Edição

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde	HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO	Município	Limoeiro	Região de Saúde
Nome do Paciente	ALEXANDRO AQUEDES DA SILVA ALBUQUERQUE			
Quadro Clínico	Último de uma série de episódios de dor abdominal aguda, em episódios, com início súbito, de intensidade variável, com duração de 1 a 2 horas, ocorrendo em jejum e à noite, com melhora com alimentação e antácidos.			
Diagnóstico	Doença de Crohn com sintomas de intestino agudo			
Destino	Hospital Clínic de Fátima	Município	Recife	H. de Saída
Motivo (Registro Detalhado)	Exatidão exposta do sintoma agudo			
Assinatura do Médico Assistente	Juliano Oliveira CRM 142854		Nº de CRM	Data
			24295	08/01/17
Destino		Município		H. de Saída
Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do Responsável			Nº de CRM	Data
Autorizo a Transferência				
Médico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeira Chefe do Plantão				
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 02 JAN. 2018 Carimbo / Assinatura, Nº 15, SL 902 BL C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE				
Unidade Prestadora do Atendimento			Município	
Especificação do Atendimento Prestado				



PERNAMBUCO
ESTADO DA PERNAMBUCO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

II GERES - Gerência Regional de Saúde

Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

Formulário 1/10/2013

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde **HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO** Município **LIMOEIRO** Região de Saúde

Nome do Paciente **ALEXANDRO NEVES DA SILVA MELO**

Quadro Clínico **Valioso de colisão motorizada, com fratura exposta do osso da perna esquerda. Ao exame: comensal, orientado, eufórico, normocárdico, PA=13x8, FC=72bpm.**

Diagnóstico **Politrauma com fratura do osso da perna esquerda**

Destino **Hospital Christus de Frutas** Município **Recife** H. de Saída H. de Chegada

Motivo (Registro Detalhado) **Fratura exposta do osso da perna esquerda.**

Assinatura do Médico Assistente **SENMA: 5208326**

Nº do C.R.M. **24295** Data **08/01/17**

Destino Município H. de Saída H. de Chegada

Motivo (Registro Detalhado)

Assinatura do Responsável Nº do C.R.M. Data

Autoriza a Transferência

Médico Chefe do Plantão

Carimbo / Assinatura

Confirma o Motivo Administrativo

05.802.494/0001-4

Enfermeira Chefe do Plantão

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Carimbo / Assinatura

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Unidade Pres. Para o Atendimento

RECIFE-PE Município

Especificação do Atendimento Prestado

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
 Data Nasc.: 02/10/1993 Idade: 23 Sexo: MASCULINO Cor: PARDADA Religião:
 CPF: RG: CNS: 705009835107454
 Endereço: RUA WOSVALDO LIMA Nº: 198
 Bairro: CENTRO Cidade: JOAO ALFREDO Estado: PE
 CEP: 55720000 Fone: 558197979342
 Acompanhante: Celular:
 Nome da Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA Profissão:
 Nome do Conjuge: PROTESE
 Cálculo: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA REVISADO 10/10/17

2 - ATENDIMENTO

Data: 09/07/2017 09:13

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

FH - FAPOSTO DE
 FEMUR DISTAL

Exame Físico:

- GLASGOW 15
 AVULSO DO GEMIN

Diag. Provisório:

MEMO HASE
 PR FEMUR

Prescrição:

Data

Dieta:

Horário

PRETAC 3 PALPAC
 OACOLA - BENYER

05.802.494/0001-4
 BRASAO CORRICOIRA
 DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua de Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

013432012631

RENTAS DO IR

024851812

2013

ANDRE DA SILVA BARROSA

IMOBILIZADO

100.000.000-00

0026000

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

HONDA/CG150 FAN 2301

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

100.000.000-00

2013/01/01

013432012631 - RENTAS DO IR

ANDRE DA SILVA BARROSA

RENTAS DO IR

2013/01/01

2013/01/01

RENTAS DO IR

100.000.000-00

0026000

2013/01/01

HONDA/CG150 FAN 2301

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

2013/01/01

SEGURO LIDER - DPVAT

RENTAS DO IR

2013/01/01

02 JAN 2013
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA
DETRAN - DETRAN/PE

08R-27




Alexandre Neves da S. Arruda

9-182.279 07/03/2017

<< ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA >>

<< ALUIZIO NEVES DE ARRUDA >>

<< LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA >>

JOAO ALFREDO - PE 02/10/1993

<< CN. 30.619 1.439 FISS CART. JOAO ALFREDO-PE 31.05.2000 >>

114.151.924-05

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA
DETRAN - DETRAN/PE



Alexandre Neves da S. Arruda

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA
DETRAN - DETRAN/PE

TÍTULO EDITORA

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

02/10/1993	0036 1648 0858	0086	0305
JOAO ALFREDO-PE	2010-27-2018		

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

007 2

[illegible]

05.802.494/0001
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 51 902 BL E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PREFEITURA



700.70



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321294 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/biblioteca/web/doc/ORIGINAL.ASPXTIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de Seguros, previdência privada e capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e autenticar os documentos relativos às atividades regidas pela Lei nº 61.306.

Pelo exposto, eu Glauco da Silva Araújo inscrito (a) no CPF nº 029.648.794 / 57
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Glauco da Silva Araújo inscrito
(a) no CPF sob o nº 044.151.924/05 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima
Glauco da Silva Araújo inscrito (a) no CPF sob o nº 044.151.924/05 conforme
determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua da Alegria</u>	Número	<u>377</u>	Complemento	<u>OMA</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>BELO HORIZONTE</u>	UF	<u>MG</u>
Estado	Telefone comercial (DDD)		<u>031 3333-3333</u>		
	Telefone celular (DDD)		<u>031 3333-3333</u>		

Glauco da Silva Araújo
Locatário

05.802.494/0001-41
STRABO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN, 2018

Glauco da Silva Araújo
Assinatura do Beneficiário

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

0001*

Ortus

RG nº 8.927.359 data de expedição 14/10/2010
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 109.894.174-84 com
domicílio na cidade de Jão Pessoa no Estado de
Pernambuco onde reside na (Rua/Avenida/Entrada)
Rua Valdeana Maria Gomes nº 515

complementar por Boimha declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado (têra) de minha propriedade na data do acidente ocorreu com a vítima Alexandro Neves da Silva Arruda cujo o condutor era Alexandro Neves da Silva Arruda.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 FAN ESD

Modelo 2011

Ans: 2014

Place: PFP-6405

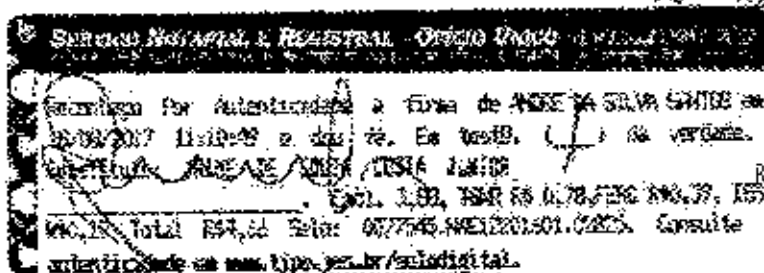
Place: PFB-6400
Chassis: 9C2KC1E89BR571140

Chassi: 9224216375000
Data do Acidente: 08/07/2017

Local e Data: 1022 Alfredo, 15 de agosto de 2017.

André de Lima Santos
Assinatura do Declarante

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



802.494/0001-44
CORREÇÃO GRÁFICA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

[illegible]

2013.7.16

ETIM



1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

210 RECIFE-PE-FLS
 GEANE DA SILVA CONTINHO
 RUA DA ALEGRIA 317 CASA
 CENTRO
 53701-000 - LIMOEIRO - PE



THESE BOOKS ARE PROPERTY OF THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

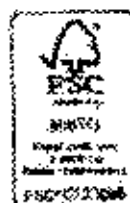
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Ava da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

REF ID: A6

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is printed on acid-free paper.

[illegible]



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexsandro Nunes da Silva Cavalcão

RG nº 9.182.279, data de expedição 07/03/2010 órgão SAS-PE

CNPJ nº 14.151.924-05 venho por meio deste instrumento declarar que não possuo compromissos de arrendamento em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, apresentando, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|----------------------------------|--|
| Logradouro
(Rua/Avenida/Prça) | <u>Rua José A. de Oliveira</u> |
| Número | <u>195</u> |
| Apto / Complemento | <u>casa</u> |
| Bairro | <u>Boa Vista Lima</u> |
| Cidade | <u>João Alfredo</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>55.720-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 99938-8886 / (81) 99137-5964</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Alfredo - PE, 26/10/2014

Assinatura do Declarante: Alexsandro Nunes da Silva Cavalcão

05.802.494/0003-77
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

02 JAN, 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
Secretaria de Saúde de João Alfredo
CEP: 55.720-000 - CNPJ: 11.097.359/0001-45



JOÃO
ALFREDO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA, RG: 9.382.279, CPF: 334.151.924-05; fez uso dos serviços desta instituição, ocorrência nº 354500 na data de 08/07/2017, na condição de paciente politraumatizado vítima acidente de carro/moto apresentando perca parcial de MIE parte anterior da perna, consciente, orientada a mesma nega vômito e desmaio. Realizado procedimentos iniciais no local e conduzida em viatura para Hospital Otávio de Freitas.

Atenciosamente,


André Luís Aguiar de Lima
Enfermeiro
COREN-PE 203068

ANDRÉ LUÍS AGUIAR DE LIMA
ENFERMEIRO COREN Nº 203068-PE
COORDENADOR DO SAMU

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

João Alfredo, 16 de julho de 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexsandro Neves da Silva Araújo, portador da
carteira de identidade nº 9.182.279-285-PE inscrito no CPF/ME sob o nº
114.457.924-05, residente e domiciliado na
Rua José A. da Gama U-196 Ormaiz Lisboa
Boa Vista, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que reside não realiza perícias para
fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que reside realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Boa Vista - PE 26/10/2017
local e data

Alexsandro Neves da Silva Araújo
Assinatura do declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRUPORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0207000604**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/09/2017** às **12:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/7/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, -PE- 86 - SÍTIO ENCRUZILHADA DE BOM JARDIM-PE - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL -** Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO BAR DO CALDINHO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANDRE DA SILVA SANTOS (OUTRO)
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

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

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA Pai: ALUIZIO NEVES DE ARRUDA Data de Nascimento: 2/10/1993 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 8182279/5DS/PE (RG), 11413182405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Motivo da Viagem: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 198, RUA JOSE A. DE ARRUDA - CEP: 55720000 - Bairro: OSWALDO LIMA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO MERCADINHO DE MARCELO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

ANDRE DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA INES DA SILVA SANTOS Pai: JOSE ALVES DOS SANTOS Data de Nascimento: 2/3/1983 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 8927759/5DS/PE (RG), 10989417405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Motivo da Viagem: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, BAIRRO MAE RAINHA - JOAO ALFREDO-PE - CEP: 55720000 - Bairro: MAE RAINHA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO MERCADINHO DE COTINHA

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANDRE DA SILVA SANTOS, que estava em

passse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFPB406** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **324851812** Chassi: **SC2MC1860BR511140**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/ONV**

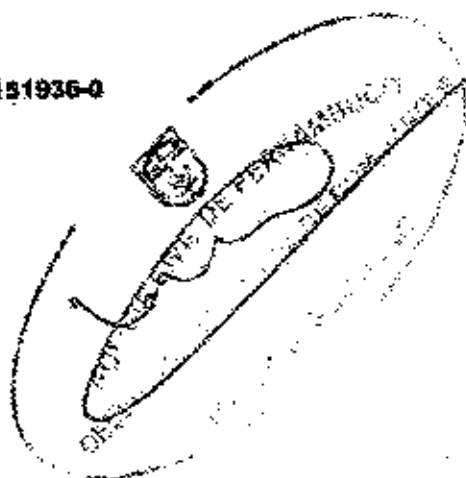
Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JA CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE-89, NA ALTURA DO SÍTIO ENCRUZILHADA, NES TE MUNICIPIO, NO SENTIDO LIMOEIRO/ENCRUZILHADA, QUANDO UM VEICULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO ANOTADOS QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM, INVADINDO A FAIXA DE ROLAMENTO DA VITIMA, VINDO A COLIDIR NA MOTOCICLETA, CAUSANDO LERES E ESCORIAÇÕES NA VITIMA E DANOS NA MOTO. ADUZ QUE O MOTORISTA DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORO A VITIMA, QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU DE JOÃO ALFREDO, SENDO LEVADA AO HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO E DE LÁ TRANSFERIDA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTA PELA VITIMA, NESTA DEPOL.

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

Alexandro Neves da Silva Arruda
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Manoel Bezerra da Costa* Matrícula: **151936-0**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradordelider.com.br> ou ligue para o SAC DUVAT 0800 0127204 ou 0800 221206
 exclusivo para pessoas com residência auditada

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito da indenização (reembolso).

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade em campo 1 "Assinatura do Beneficiário", e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou AEL

CNPJ da vítima

114.151.924-05

Nome completo da vítima

Alexandre Nery da Silva Arruda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|
| Nome completo | CNPJ titular da conta | Profissão |
| Alexandre Nery da Silva Arruda | 114.151.924-05 | Advogado |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua: A. de Arruda | | |
| Cidade | CEP | |
| Osvaldo Lima | 55.720-000 | |
| UF | UF | |
| GO | 99135-536 | |
| | 99137-536 | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DUVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|---|--|---|--|
| ☒ RECEBIMENTO | ☐ SEM RENDA | ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 | ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| ☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BANCO DO BRASIL (BB) ☐ ITAÚ (IT) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (CE) | | | |
| AGÊNCIA | CD | CONTA | CV |
| 2249 | 5 | 127479 | 9 |
| Informar agência de origem | | Informar agência de destino | |
| ☐ CONTA CORRENTE (pessoa física) | | ☐ CONTA CORRENTE (pessoa jurídica) | |
| BANCO
Nome: | | BANCO
Nome: | |
| AGÊNCIA
NÚMERO: | | AGÊNCIA
NÚMERO: | |
| UF: | | UF: | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DUVAT, mediante o crédito na minha conta e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.862.454/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

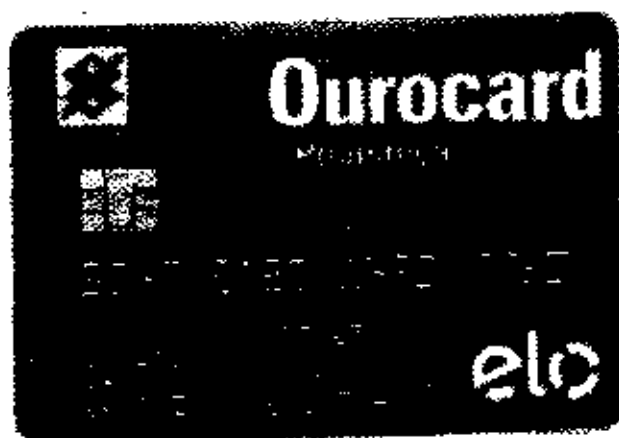
[Assinatura] 26/01/2013
 Local e Data

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

[Assinatura]
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-4:
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180021632 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R. JOSE A DE ARRUDA nº 196 - OSWALDO LIMA - JOAO ALFREDO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9182279**
Data local do exame: **22/01/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPITAL

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPITAL EM PRIMEIRO TEMPO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR E EM SEGUNDO TEMPO COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARUFUSOS E RECONSTRUÇÃO DO TENDÃO QUADRICIPITAL APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO COM ARTROFIBROSE E LINFEDEMA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL INTENSO EM JOELHO ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

JOELHO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 22/01/2018

Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE


Dr. Thiago Pedro de A. Alves
MÉDICO
CRM 18568

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12318603

A/C: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Nº Sinistro: 3180021632
Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Data do Acidente: 08/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002219-5

Conta: 000010027179-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|---|-----|----------|

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

Sinistro: **3180021632**

Vítima: **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

Data do Acidente: **08/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180021632** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Procuração



Procuração de autenticidade

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda

portador(a) do documento de identidade nº 9182.279 expedido por SDS/PE em

07/03/2017 inscrito no CPF sob o nº 114.151.924-05 residente na

Rua José A. de Arruda nº 196

complemento casa Bairro Oswaldo Lima cidade

João Alfredo Estado PE

2. Outorgado Greane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115 expedido por SDS/PE em

06/12/2011 inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51 residente na

Rua da Alegria nº 317

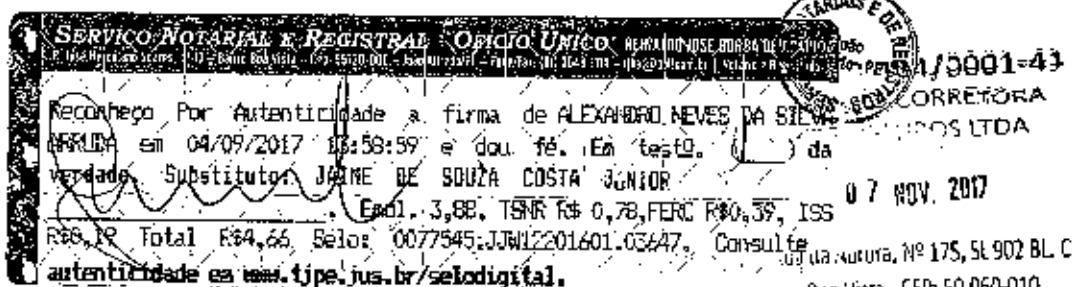
complemento casa Bairro Centro cidade

Limoeiro Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

João Alfredo, 04 de setembro de 2017

Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430135/17

Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

CPF: 114.151.924-05

Data do Acidente: 08/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA : 114.151.924-05

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/11/2017

Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO

CPF/CNPJ: 029.648.794-51

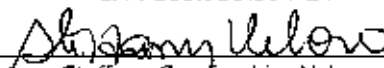
GEANE DA SILVA COUTINHO

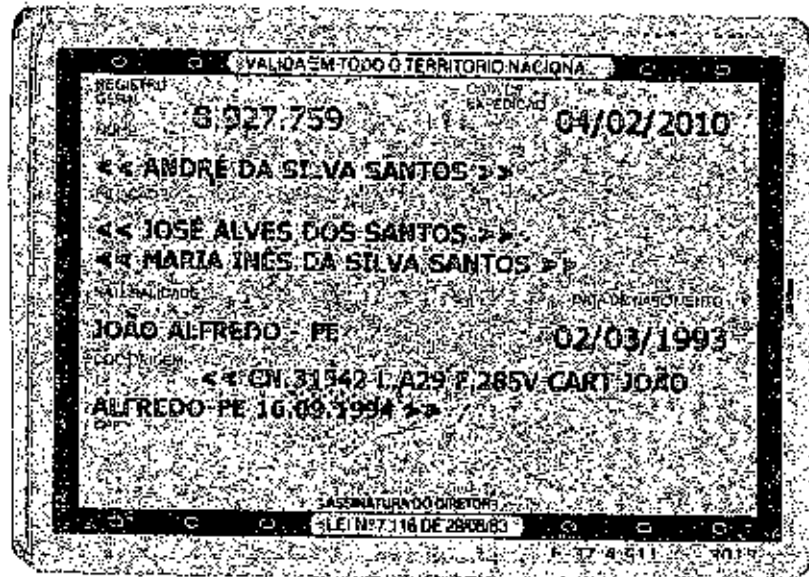
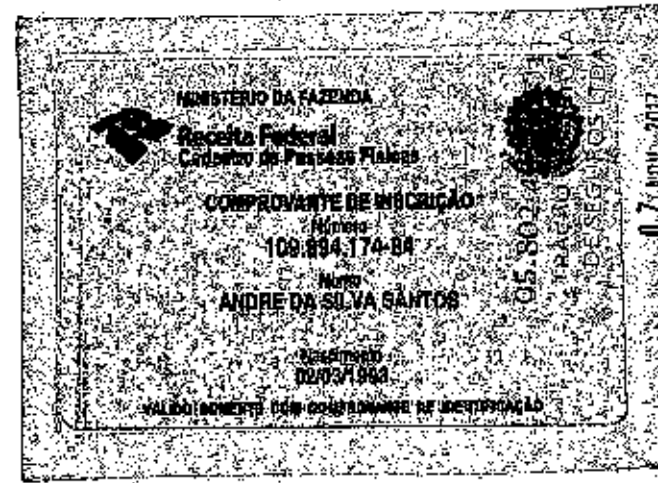
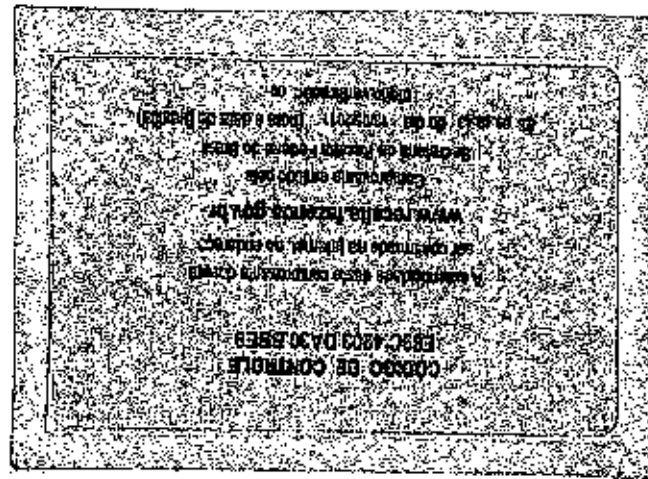
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2017

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso



Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013432012631
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COB. RENAVAM 324851812 RENTR ***** EXERCÍCIO 2017

ANDRE DA SILVA SANTOS

LIMOEIRO - PE

109.894.174-84 PFP6405

PLACA ANT./UF ***** 9C2KC1680BR511140

PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN E3DI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP/PT/CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

PAIXA/PVA. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

LOCAL 21/06/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 013432012631 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANDRE DA SILVA SANTOS

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

LIMOEIRO - PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 21/06/17

VIA 1 COB. RENAVAM 324851812 RENTR ***** EXERCÍCIO 2017

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN E3DI

ANOS FAB. 2011 ANOS MOD. 2011

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

PAIXA/PVA. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

LOCAL 21/06/17

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.602/0001-54

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

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



0012

Contato da Paz S&A de IM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
GABINETE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

GRANDE DA SILVA COPIREDO

OC. IDENTIFIC. ORG. SUSECUT
5237115-808-PE

CPF: 029.648.794-51 DATA NASCIMENTO: 18/06/1976

FUNÇÃO: GERALDO ERVYANO DA SILVA
DOVALTER MARIA DA SILVA

PERMISSÃO: [] AC. [] CV. []

N.º REGISTRO: 05059894048 VALIDADE: 29/04/2021 EXPIRAÇÃO: 05/11/2010

RESERVAÇÃO: sem observações

Carimbo do G. N. de Identificação

ASSINATURA DO FISCAL: [assinatura] DATA EMISSÃO: 02/05/2016

LOCAL: LIMONTO, PE

44911686584
02073586391

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1224143342

PROIBIDA PLASTICAÇÃO
1224143342

05.802.494/0001-71
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE 05



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00029217-6
Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Endereço: RUA PREFEITO CLOVES DE LIMA, Nº 22
Cidade: JOÃO ALFREDO/PE
Documento: CT9.182.279
Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA
Profissão: AGRICULTOR

Idade: 23 ANOS, 9 M
Dt. Nasc.: 02/10/1993 Sexo: M
CNS: 898003978223246
Sis prenatal: Tel.:
Pai: ALUIZIO NEVES DE ARRUDA
Responsável: O MESMO

Documentação médica nº: 0354906
CEP: 55720000
Nac: BRASIL

| Últimas Ocorrências | | |
|---------------------|---------------|-------------------------------------|
| Data | Nº Ocorrência | Motivo do atendimento |
| 08/01/2017 21:26 | 0354906 | QUEDA DE MOTO |
| 03/10/2013 13:03 | 0040392 | ENCAMINHAMENTO DO H DE JOAO ALFREDO |

PRE-CONSULTA Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

| Horário | P.A. | Pulso | Peso | Assinatura |
|---------|------|-------|------|------------|
| | | | | |

Queixas / Diagnóstico
Vítima de politrauma (colisão moto x carro),
história de acidente, recorda-se de queda de
acidente, sem episódios de vômitos.
Chegada ao Hospital consciente e
orientado, suplex, normotensão, PA=130x80 mmHg;
FC=72 bpm; normoxado
A: Visão sítos perleas, com color acucial
e pronda rigida
B: Visão sítos perleas, nvc lateralmente, sem
sem rompimento sítos, PA=130x80; FC=72 bpm
D: Clonou 15

Tratamento
(1) SAC: 100ml, cv
(2) morfina 1ml + 0,8 mg
(3) Dipriven 1 amp + 0,8 mg
(4) R-x Coluna cervical
Julian Oliveira
Cirurgia Geral
CRM 24295-PE

| Exames complementares | Impressão diagnóstica | CID |
|---|-----------------------|-----|
| E: Fratura exposta do
membro direito | | |

Motivo da saída:
Residência ☐ Internado ☐
Justificativa:
Encaminhado:
Removido:
Óbito:
às _____ h _____ m do dia _____
Data saída:
Hora saída:

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ CURATIVO | ADM MEDICAMENTO:
☐ BÁSICO ☐ ESP | TÉCNICO / COREN
Rafael
CRM 124 |
| ☐ NEBULIZAÇÃO | ☐ RETIRADA DE PONTO | |
| Consultas / Atendimento Médico:
☐ urgência ☐ urgência especializada
☐ observação ☐ observação especializada
05.802.494/0001-4
DE SEGUROS LTDA | | MÉDICO / CRM
HORÁRIO. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902, BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE | HORÁRIO |



24SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA

Registro: 1035622

Enf: 20

Leito: 2

DATA DE ENTRADA: 21/09/2017

DATA DE SAÍDA: 27/09/2017

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A MOBILIZAÇÃO ARTICULAR SOB ANESTESIA COM GANHO DE 90 GRAUS DE FLEXÃO, EVOLUI BEM E EM ACOMPANHAMENTO COM FISIOTERAPEUTA. EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIA E FISIOTERAPEUTICO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE JOELHO
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado : ALEXANDRO NEVES DA SILVA
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: RIGIDEZ ARTICULAR APÓS SINTESE EM JOELHO

Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
Com 15 dias

Recife, 27/09/17

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipio - Recife - PE - PABA 31628500

RESUMO DE ALTA

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Reg: 1035622

Enf: 15

Leito: 3

DATA DE ENTRADA: 09/07/17

DATA DE SAÍDA: 07/08/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA FEMUR DISTAL COM LESÃO DE TENDÃO QUADRICÉPTAL

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RECONSTRUÇÃO DE APARELHO EXTENSOR. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ALTA COM ANTIBIÓTICO ORAL E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE
PARA CONTROLE EM:

Lucas Severo
Médico
CRM - PE: 25.317
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Phelipe da Silva Mendes Registro: 4035672Clínica: Outros Procedência:Doença

Prescrição necessária
de mais exames
de diagnóstico e
tratamento.
Tratamento
completo de fratura do
pênis E. CID: S. 72.2

Data: 31/08/17Alexandre

Médico-CRM

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

075-HOF

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipó - Recife - PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

PRONTUÁRIO Nº: 1035622 ALTA HOSPITALAR EM: 07/08/2017

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE JOELHO EM: 15 DIAS

MÉDICO: DR ALEXANDRE RODRIGUES

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 07/08/2017

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO - CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07-NOV-2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a
partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DISTAL COM LESAO DE TENDAO
QUADRICIPTAL

Deverá comparecer ao ambulatório de: JOELHO
Com 15 dias

Lucas Severo
Médico
CRM - PE: 25.317

Recife, 07/8/2017

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 85
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL-902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: **ALEXANDRO NEVES DA SILVA** Prontuário: 1035622

Cirurgião: **DRA MARINA** 1º Auxiliar: **DR RENATO COSTA**

Anestesista: **DR MARCELO** Anestesia: **RAQUI + SEDAÇÃO**

Data da Operação: **09/07/2017**

Diagnóstico Pré-operatório: **FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO**

Diagnóstico Pós-operatório: **O MESMO**

Operação Proposta: **LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

Operação Realizada: **A MESMA**

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ATISSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO – TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs – paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

| | |
|--|-------------------------|
| NOME DO PACIENTE: ALEXANDRO NEVES S ARRUDA | Nº DO REGISTRO: 1035622 |
| CLINICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA | Nº DO LEITO: 15-3 |

OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1º ASSISTENTE: DR THIAGO | 2º ASSISTENTE: DR CLÊNIO + DR LUCAS |
| INSTRUMENTADOR: CINTIA | ANESTESISTA: DRA ROBERTA |
| ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA | DURAÇÃO: |

| | | |
|------------------------------|---------|------|
| DATA DA OPERAÇÃO: 03/08/2017 | INÍCIO: | FIM: |
|------------------------------|---------|------|

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO COMPLEXA DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO COMPLEXA DO JOELHO + ALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA | Nº DO REGISTRO: 1035622 |
| CLINICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA | Nº DO LEITO: 15-3 |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1º ASSISTENTE: DR THIAGO | 2º ASSISTENTE: DR CLÊNIO + DR LUCAS |
| INSTRUMENTADOR: CINTIA | ANESTESISTA: DRA ROBERTA |
| ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA | DURAÇÃO: |

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
3. INCISÃO LATERAL DISTAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

4. POR PLANOS
5. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL

6. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS
7. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

8. POR PLANOS
9. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS

10. LIMPEZA COM SF 0,9%
11. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA

12. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM
13. LIMPEZA COM SF 0,9%
14. SUTURA POR PLANOS

15. CURATIVO
16. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

17. POR PLANOS
18. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL

19. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS
20. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO

21. POR PLANOS
22. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS

23. LIMPEZA COM SF 0,9%
24. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA

25. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM
26. LIMPEZA COM SF 0,9%
27. SUTURA POR PLANOS

28. CURATIVO

| | |
|---|--|
| EMPRESA: ORTOMÉDICA | MATERIAL USADO: |
| 5. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA EM FEMUR DISTAL + FRESAGEM DE CANAL | 01 PLACA DCS + 01 PINO DESLIZANTE + 01 PINO ANTIDESLIZANTE + 06 PARAFUSOS DE CORTICAIS |
| 6. APOSIÇÃO DE CRAVO DO DCS | |
| 7. INCISÃO LATERAL PROXIMAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSAO | |
| 8. POR PLANOS | |
| 9. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCS FUROS + PARAFUSOS | |
| 10. LIMPEZA COM SF 0,9% | |
| 11. TENORRAFIA DO APARELHO EXTENSOR (TENDÃO DO QUADRICEPS) DA COXA ESQUERDA | |
| 12. APOSIÇÃO DE DRENO + VERIFICAÇÃO DE DRENAGEM | |
| 13. LIMPEZA COM SF 0,9% | |
| 14. SUTURA POR PLANOS | |
| 15. CURATIVO | |

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

07 NOV. 2017

Medico



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ATISSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO – TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs – paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902, BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SES/FUJAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA Prontuário: 1035622

Cirurgião: DRA MARINA 1º Auxiliar: DR RENATO COSTA

Anestesista: DR MARCELO Anestesia: RAQUI + SEDAÇÃO

Data da Operação: 09/07/2017

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ATISSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS.
3. VIZUALIZADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE DO APARELHO EXTENSOR
4. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. POSICIONADO DE FIXADOR EXTERNO TUBO - TUBO TRANSARTICULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO + REDUÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO
6. SUTURA DE PELE
7. CURATIVO ESTERIL
8. A SR

Obs - paciente com lesão importante de partes moles e aparelho extensor

Aguarda segundo tempo cirúrgico

Renato Costa
Médico
CRM: 24230

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

Pernambuco

DA CLÍNICA:

A CLÍNICA:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

IDADE:

COR:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

CATEGORIA:

ANDAR:

ALA:

ENFERMARIA OU QUARTO:

LEITO Nº

REGISTRO Nº

MOTIVO DA CONSULTA:

Transtorno afetivo bipolar
depressivo com sintomas
de melancolia e
ideação suicida?

DATA:

12/7/17

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

Paciente com história de depressão e de melancolia.
No momento o paciente não se queixa de depressão nem
de melancolia, nem tem ideia que tem essa história
no dia 12/07, mas passou.

No momento sem queixas.
No exame: ECG, comecando comecando, Afetado, sem
problemas, outros.

2º e 3º EEGs FC = 76b
PA = 110x70 mmHg
MU + em RMH SIDA 282-984.

Conduta: mantenha
tratamento.

DEVERÁ VOLTAR EM:

DATA: 14/07/17

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimarães s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PARX: 31828500

Equipamento: CMD 800I

Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA

ID amost: DIU076

ID paciente: 1035622

Tipo de amostra: Soro

Data nascimento:

Cód barra:

Idade:

Data da coleta: 11/07/2017

Sexo: Masc

Hora da coleta:

Médico:

Depart.: 3 SUL

Diagn.:

Comentário:

| Química | Resultado | Unidade | MARC | Interv. ref. |
|------------|-----------|---------|------|--------------|
| GLICOSE | 91 | mg/dL | | 70 - 100 |
| UREIA | 30 | mg/dL | | > 10 - 50 |
| CREATININA | 0.79 | mg/dL | | 0.70 - 1.30 |

Data/Hora solicitação: 11/07/2017

Data/Hora teste: 11/07/2017

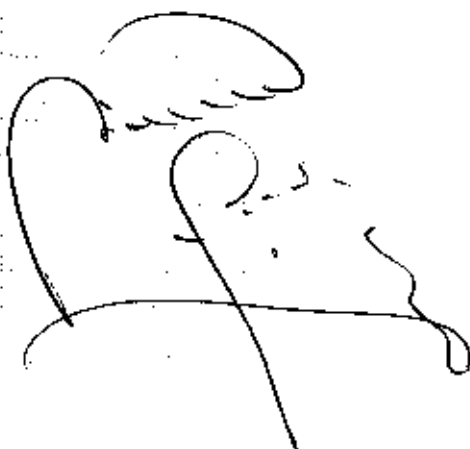
Data/Hora impr.: 11/07/2017 12:40:41 -

Testador:

Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOICA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

11.07.2017

12:32

Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 76H-11/07/17

Patient ID 1035622

Patient Name ALEXANDRO NEVES SILVA

Birth Date

Sex

Department 3 SUL

Physician

Entry Date 11.07.2017

Operator notes

| Test | Results | Units | Normal Range | Analysis Date-Time |
|--------------|---------|-------|--------------|--------------------|
| combipl-PTex | 11.6 | s | 9.920 - 14.9 | 11.07.2017 - 12:32 |
| | 0.973 | INR | | |
| | 106 | % | 70.0 - 120 | |



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Note: * = outside normal range

Signature

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprígio Guimarães, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640

Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

303/04



Nº amostra: 76

Rack: 8

Posição: 4

11/07/2017 12:12:55 WB

ID paciente: 1035622

3 SUL

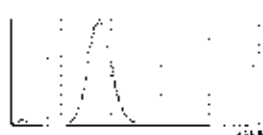
Nome: ALEXANDRO NEVES SILV

SERIE VERMELHA

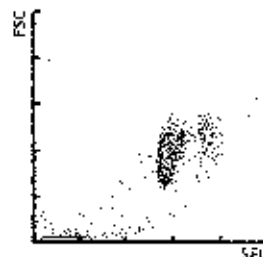
REFERENCIA

| | | | |
|--------|------|-----------------------|-------------|
| RBC | 3.56 | [10 ⁶ /uL] | 4.0 - 5.6 |
| HGB | 10.6 | [g/dL] | 12.0 - 16.0 |
| HCT | 31.6 | [%] | 34 - 48 |
| MCV | 88.8 | [fL] | 80 - 98 |
| MCH | 29.8 | [pg] | 25 - 32 |
| MCHC | 33.5 | [g/dL] | 31 - 36 |
| RDW-SD | 38.5 | [fL] | 38.6 - 49.1 |
| RDW-CV | 11.9 | [%] | 12 - 15 |

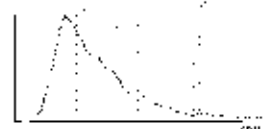
RBC



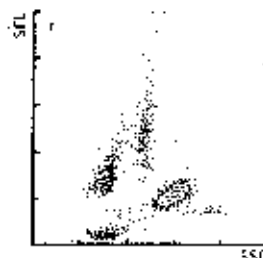
WNR



PLT



WDF



CONTAGEM DE PLAQUETAS

| | | | |
|-------|--------|-----------------------|-------------|
| PLT | 106 | [10 ³ /uL] | 150 - 450 |
| MPV | 12.8 | [fL] | 9.0 - 13.0 |
| PDW | 17.0 | [%] | 9.0 - 17.0 |
| P-LCR | 47.0 + | [%] | 13.0 - 43.0 |
| PCT | 0.14 - | [%] | 0.17 - 0.35 |

SERIE BRANCA

| | | | |
|-------|--------|-----------------------|------------|
| WBC | 8.71 | [10 ³ /uL] | 4.5 - 10.0 |
| IG | 0.01 * | [10 ³ /uL] | 0.1 * [%] |
| NEUT | 6.62 * | [10 ³ /uL] | 76.0 * [%] |
| LYMPH | 1.07 * | [10 ³ /uL] | 12.3 * [%] |
| MONO | 0.93 * | [10 ³ /uL] | 10.7 * [%] |
| EO | 0.07 | [10 ³ /uL] | 0.8 [%] |
| BAFO | 0.02 | [10 ³ /uL] | 0.2 [%] |

| | | |
|-----------|---|----------|
| 2.0 - 7.0 | # | 45 - 75% |
| 1.0 - 4.0 | # | 20 - 40% |
| 0.1 - 1.0 | # | 03 - 10% |
| 0.0 - 0.7 | # | 0 - 7% |
| 0.0 - 0.2 | # | 0 - 2% |

WBC IP Message
Blasts/Abn Lympho?

RBC IP Message

PLT IP Message

Atypical Lympho 0.0%

05.802.494/0001-40

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

00-19 11/07/2017 12:12

1/1

NOME:

REGISTRO:

DATA:

Sondagem / Drenagens

Medicações

Qnt.

| Produto | Qnt. | Produto | Qnt. | Adrenalina amp. | |
|-----------------------|------|-----------------------|------|----------------------|----|
| Bolsa colet. - Vácuo | | Sonda Foley 2 vias Nº | | Água Bid.amp. | 02 |
| Coletor aberto | | Sonda Nasog. Nº | | Amlcicina | |
| Coletor fechado | | Sonda Retal Nº | | Aminofilina amp. | |
| Dreno Laminar | | Sonda Uretral Nº | | Atropina amp. | 02 |
| Dreno Penrose-Nº | | | | Bextra | |
| Dreno Sucção - Nº 6.4 | 01 | | | Bicarbonato de Na | |
| Dreno Torácico-Nº | | | | Cloreto de Na | |
| | | | | Clorid. Lidocaina 2% | |

Venoclise e Acessos

Continuação - Fios

Clorid. Ondansetrona

| Produto | Qnt. | Catgut crom. | Qnt. | Decadron | 01 |
|-------------------------------|------|------------------------|------|----------------|----|
| Adaptador Transfix | | Catgut simp. | | Diclofenaco Na | |
| Agulha Hipodermica 13x45 | | Catgut simp. | | Dipirona | |
| Agulha Hipodermica 25x07 | | Ethibond 51 | | Dopamina | |
| Agulha Hipodermica 40x12 | | Ethibond | | Dramin | 01 |
| Agulha Perican | | Monocryl 20W | | Efortil amp. | 01 |
| Agulha Spinocan 27 | 01 | Monocryl 30W | | Fenergan | |
| Cateter Duplo Lumem Nº | | Mononylon | | Glicose amp. | |
| Cateter Nasal | 01 | Mononylon | | Gluconato Ca | |
| Cateter plexo stimuplex A-50 | | Poliglact.(vicryl) 10W | 02 | Heparina | |
| Cateter plexo stimuplex A-100 | | Poliglact.(vicryl) | | Hidrocortisona | |
| Cateter Subclávia Nº | | Prolene | | Hlocina | |
| Equipo Artroscopia | | Prolene | | Hypaque | |
| Equipo Bomba de Infusão | | Seda | | Kefazol 1g | 02 |
| Equipo de PVC | | PDS 1 L | | Keflin 1g | |

Mat.Firma Consig:

Lasix

| Produto | Qnt. | Produto | Qnt. | Metronidazol | |
|----------------------|------|-------------------|------|--------------------|----|
| Equipo Fotossensível | | Cimento ósseo | | Neocaina 0,5% C/A | |
| Equipo MED-MED | | Comp. (Colo) | | Neocaina 0,5% S/A | |
| Equipo Microgotas | | Comp. Acetab. | | Neocaina 5% pes. | |
| Equipo Macrogotas | 01 | Fixador Ext. | | Orfen ou Nalsedron | 01 |
| Extensorfix | | Haste de femur | | Prostigumine amp. | |
| Jelco Nº | | Haste de tibia | | Ranitidina | |
| Jelco Nº | | Haste fem.(prót.) | | Roncurônio | |
| Polifix | | Parafuso cortical | 05 | Ropivacaína | |
| Seringa 01cc 1 | 01 | Parafuso | 05 | Tilatil 40 mg FA | |
| Seringa 05cc 1 | 02 | Placa DCS | 01 | Tracrium amp. | |
| Seringa 10cc 1 | 03 | Placa | 01 | Valium | 01 |
| Seringa 20cc | | Fio de kischene | 02 | | |
| Seringa 50cc ou 60cc | | | | | |
| Torneirinha 3 vias | | | | | |

Fios de Sutura

Controlados

Clonidin

Dimorf 10 ou 0,2mg

Diprivan/Propofol

Dotantina amp.

Dormonid 15 mg

Lanexate amp.

Valium/diazepan 10 mg

Fentani

Isoflurane

Rapifen amp.

Sevoflurano

Utiva/Remifentanila

Albumin Coel 85161

CIRCULANTE

NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA

Nome: Alexandre Neves da Silva Idade: 23 Registro: 1035622
Data: 03/08/17 Posto: II Enferm.: 15 leito: 03 Atendimento: 6637-01
Cirurgião: Dr. Alexandre Rodrigues 1ª Auxiliar: Dr. Thiago + Dr. Lucas 2ª Auxiliar: Dr. Clelio
Cirurgia: 1ª Cirurgia de Fratura de Fêmur E Sala: 01
Tipo de anestesia: Local () Bloqueio () Peridural () Raque (X) Sedação () Geral ()
Anestesista: Dr. Roberto Enfa: Elaine Lima
Instrumentador(a): Cintia Firma: Ortomédica Circulante: Albano
Hora admissão pact. na SO: 08:00 Hora saída pact. da SO:
Início da Anestesia: 08:20 Término:
Início da Cirurgia: 08:45 Término: 12:00
Horário de Garroteamento: Inc. Term.

Destino do Pact. no POI: SRPA (X) Leito de Origen () UTI () Alta Hospitalar ()

| Desc. Equipe Cirúrgica | | Soluções: | | Equipamentos: | |
|------------------------------------|-----------|---|-----------|---------------------|---------|
| Produto | Qty. | Produto | Qty. | | SIM/NÃO |
| Sorro | | Água Oxigenada | | Aparelho Anestesia | () () |
| Máscara | <u>07</u> | Alcool a 70% | | Aquecedor | () () |
| Propés | <u>08</u> | Ácidos Graxos Essenc. | | Arco Cirúrgico | () () |
| Touca | <u>08</u> | Clorexid. Alcool 2% <u>Augmentin 27ml</u> | | Aspirador Elétrico | () () |
| Materiais: | | Clorexid. Alcool. 4% | | Bisturi Elétrico | () () |
| Produto | Qty. | Pomada | | Bomba de Infusão | () () |
| Algodão Ortopédico | | Tintura de Benjoin | | Bomba de Seringa | () () |
| Atadura de Crepe | | Xylestesin Geleia | | Capnógrafo | () () |
| Atadura de Gesso | | Xylestesin Spray | | Foco Móvel | () () |
| Borracha (Latex ou Silicone) | <u>01</u> | | | Garrote Pneumático | () () |
| Cateter Nasal | <u>01</u> | Soros: | | Manta Térmica | () () |
| Compressa Cirurg. <u>12x12</u> | | Produto | Qty. | Microscópio | () () |
| Compressa Cirurg. Coluna | | Água Dest. 500ml | | Monitor Cardíaco | () () |
| Compressa de Gasé <u>2x2</u> | | Manitol 20% 250ml | | Oxímetro | () () |
| Eletrodos | <u>05</u> | Manitol 3% 250ml | | Torre de Vídeo: | () () |
| Espádrapo | | SF 0,9% 500ml <u>11</u> | <u>03</u> | Artroscópio | () () |
| Espádrapo Ant.alerg. | | SF 0,9% 250ml | | | () () |
| Lâmina de Bisturi Nº <u>15</u> | <u>01</u> | SF 0,9% 100ml | | | () () |
| Lâmina de Bisturi Nº <u>21</u> | <u>01</u> | SF 0,9% 1000ml <u>1</u> | <u>04</u> | Materiais Especiais | |
| Luva Cirúrgica Nº 7,0 | | SG 5% 500ml | | Produto | Qty. |
| Luva Cirúrgica Nº 7,5 <u>12x12</u> | <u>15</u> | SG 10% 500ml | | Camisa de Vídeo | |
| Luva Cirúrgica Nº 8,0 <u>12</u> | <u>05</u> | SGF 250ml | | Collatamp | |
| Luva Cirúrgica Nº 8,5 | | SRL 500ml | | Fita Cardíaca | |
| Luvras Proced. Estéril | | | | | |
| Luvras Proced. R Est. <u>12x12</u> | <u>09</u> | | | | |
| Malha Tubular <u>Perma</u> | <u>01</u> | | | | |
| Perfusor | | | | | |
| Hemostático/Colas Biolog. | | Intubação / Ventilação | | Gases Medicinais: | |
| Produto | Qty. | Produto | Qty. | | SIM/NÃO |
| Cera Óssea | | Sonda Endot. Inf. Nº | | Ar Comprimido | () () |
| Cotonoides | | Sonda Endot. Inf. Nº | | CO ₂ | () () |
| Esponja Hemostática | | Sonda Endot. Ad. Nº | | Nitrogênio | () () |
| | | Sonda Endot. Ad. Nº | | Oxido Nitroso | () () |
| | | Traqueostomo- Nº | | Oxigênio | () () |
| | | | | Protóxido | () () |

05.802.104/0001-4
TRAÇÃO CONTROLADA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL

HOF
HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Alexandro Neres da Silva SETOR: 3º Sul
IDADE: 23 anos TELEFONE: 998320758 - Mãe - CEL.:
RESPONSÁVEL: Juliana Barbosa de Aguiar - companheira
ENDEREÇO: Rua Gervásio Lima - nº 198 -
PONTO DE REFERÊNCIA: João Alfredo
INFORMES:

Usuário vítima de acidente de
moto, teve fratura exposta no fêmur,
foi submetido a cirurgia.
Saudável.

Reside com companheira e 2 filhos,
trabalha como motorista.

Autorizado acompanhante.

S. 002.404/2001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 53.050-010
RECIFE

043-HOF

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Albano Soudim Filho
Assistente Social
CRE 11.117-1/RN

Albano R-09-07-17
ASSISTENTE SOCIAL/DATA



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Alexandre Neves da Silva

CLÍNICA: 3º Sul

ENF.: 303

LEITO: 04

DATA HORA

EVOLUÇÃO

14/07/17

Paciente evolui com EAP, consce
ente, orientado, eufórico, com
fixação, extenso MTE renovo
curativo, D ⊕, E ⊕ (SIC)
Gilberto 434220

20/07/17

fisioterapia motor

DET AURORA E LABORATORIO, CONSULTA CONSCI
ATUA DE 24/125 E QUADRO DE EXAMES
(SOMENTE E FINE PLUMAS) com fimo nova

Dr. Polidoro Porto
FISIOTERAPEUTA
CREITO 171324-F

05.802.494/3001-2
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

09/07/2017 00:17

Nome Paciente: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Cód. Paciente: 1035622
Data de Nascimento: 02/10/1993
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: FN0001
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 663683



09/07/2017 00:17 - MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO - COREN: 81928 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE LIM OEIRO, TRANSFERIDO PELO SAMU, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM HD FRATURA EXPOSTA DE ROTULA ESQUERDA.

Observação:

NEGA DM, HAS E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

-

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Acolhido(a) por: MONICA DE MELO MACEDO PAPALEO

Data: 09/07/2017 00:17



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

II GERES - Gerência Regional de Saúde

Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

1ª Via-Branca / 2ª Via-Rosa / 3ª Via-Jornal

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

| | | | | | | |
|--|--|---|-----------|--------------|-------------|-----------------|
| Unidade de Saúde | HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO | | Município | Limoeiro | | Região de Saúde |
| Nome do Paciente | ALEXANDRO NEVES DA SILVA ABÍDIA | | | | | |
| Quadro Clínico | Úlcera de cálcio no pé direito, com fratura exposta do osso metatarsiano. Ao exame: Comensal, hidratado, eufórico, normotensivo, PA: 120/80, FC: 72 bpm. | | | | | |
| Diagnóstico | Politrauma com fratura do osso metatarsiano | | | | | |
| 1ª REMISSÃO | Destino | Hospital Otávio de Freitas | | Município | Recife | |
| | Motivo (Registro Detalhado) | Fratura exposta do osso metatarsiano | | | | |
| 2ª REMISSÃO | Assinatura do Médico Assistente | Juliano Oliveira
Cirurgião Geral
CRM 24200-PE | | Nº do C.R.M. | 24295 | |
| | Destino | | | Município | H. de Saída | H. de Chegada |
| 3ª REMISSÃO | Motivo (Registro Detalhado) | | | | | |
| | Assinatura do Responsável | | | Nº do C.R.M. | Data | |
| Autorizo a Transferência | | | | | | |
| Médico Chefe do Plantão | | | | | | |
| Carimbo / Assinatura | | | | | | |
| Confirmo o Motivo Administrativo | | | | | | |
| Enfermeira Chefe do Plantão | | | | | | |
| 05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA | | | | | | |
| 07 NOV. 2017 | | | | | | |
| Carimbo / Assinatura Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE | | | | | | |
| Unidade Prestadora do Atendimento | | | | | | |
| Especificação do Atendimento Prestado | | | | | | |

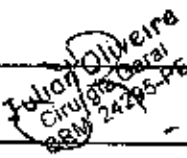


PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE

1ª Via-Branca / 2ª Via-Rosa / 3ª Via-Jornal

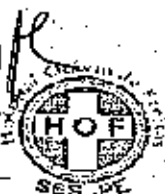
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|-----------|--------------|-----------------|
| Unidade de Saúde | HOSPITAL REGIONAL DO LIMOEIRO | | Município | LIMOEIRO | Região de Saúde |
| Nome do Paciente | ALEXANDRO NEVES DA SILVA AMADA | | | | |
| Quadro Clínico | Vítima de colisão moto x carro, com fratura exposta do osso da espinha. Ao exame: consciente, orientado, eufórico, normotensivo, PA=130x80, FC=72bpm. | | | | |
| Diagnóstico | Politrauma com fratura do osso da espinha | | | | |
| 1ª REMOÇÃO | Destino | Hospital Clotário de Freitas | | Município | Recife |
| | Motivo (Registro Detalhado) | Fratura exposta do osso da espinha. | | | |
| 2ª REMOÇÃO | Assinatura do Médico Assistente | 
Juliano Oliveira
Cirurgião Geral
CRM 24295-PE | | Nº do C.R.M. | 24295 |
| | Assinatura do Médico Assistente | | | Data | 08/09/17 |
| 3ª REMOÇÃO | Destino | | | Município | |
| | Motivo (Registro Detalhado) | | | | |
| 4ª REMOÇÃO | Assinatura do Responsável | | | Nº do C.R.M. | |
| | Assinatura do Responsável | | | Data | |
| Autorizo a Transferência | | | | | |
| Médico Chefe do Plantão | | | | | |
| Carimbo / Assinatura | | | | | |
| Confirmo o Motivo Administrativo | | | | | |
| Enfermeira Chefe do Plantão | | | | | |
| 05.802.494/0001-2
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 NOV. 2017 | | | | | |
| Carimbo / Assinatura | | | | | |
| Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.040-000
RECIFE-PE | | | | | |
| Unidade Prestadora do Atendimento | | | | | |
| Especificação do Atendimento Prestado | | | | | |



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

[Handwritten signature]



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Atendimento: 663683

Prontuário: 1035622

Data Nasc.: 02/10/1993

Idade: 23

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 705009835107454

Endereço: RUA WOSVALDO LIMA

Bairro: CENTRO

Cidade: JOAO ALFREDO

Nº: 198

CEP: 55720000

Fone: 558197979342

Estado: PE

Acompanhante:

Nome da Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Celular:

Profissão:

PRÓTESE

REVISADO

10/08/17

Waldner

2 - ATENDIMENTO

Data: 09/07/2017 00:13

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

FH - RAPORTO DE
FEMUR DISTAL

Exame Físico:

- GLESCOR 15

PA:

FC:

FR:

AVULSO DO BEM

Diag. Provisório:

CRM 194230
Médico

NEUROLOGIA
DIRETAMENTE

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

PRESCRIÇÃO A PAZ
DACAULA - CERVICAL

DEZ 2017
DACAULA
DACAULA

05.802.404/8001

TRACAO CORRETO

DE SEGUROS

07 NOV 2017

Rua da Aurora, Nº 175, S1902

Boa Vista - CEP: 55720-010

BATA

ASS



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



9/07/14 - 00:50h, CG

3. Evolução / Exames

[illegible]

Ex Transma (Tolux/petrol) : 100W

G: Mita Ja Garol. M7 cut Ja M7 Ja cut. M7

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadiu-se ☐ Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

7/9/2017 12:13:30 AM

Usuário do Atendimento
CLEBSONCS

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu Andre da Silva Santos

RG nº 8.927.759, data de expedição 04/02/2010.

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 109.894.174-84, com domicílio na cidade de João Alfredo, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Madalena Maria Gomes, nº 516,

complemento Mac Rainha, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Alexandro Neves da Silva Arruda cujo o condutor era

Alexandro Neves da Silva Arruda.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 FAN ESDI

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: PFP-6405

Chassi: 9C2KC1680BR511140

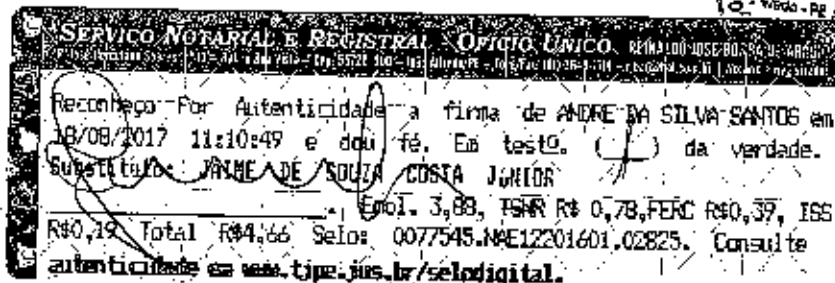
Data do Acidente: 08/07/2017

Local e Data: João Alfredo, 18 de agosto de 2017.

X Andre da Silva Santos
Assinatura do Declarante



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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Abstract

CTC RECIFE PE PL5
GEANE DA SILVA COUTINHO
RUA DA ALEGRIA 317 CASA
CENTRO
55700-000 - LIMOEIRO - PE



7214049716 10088 00001234787 30 181017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

| | | | |
|--|--|--|---|
| CÓDIGO DAS PRESTADORAS DE LONGA DISTÂNCIA | | | Atendimento ao Cliente: *144 |
| 41 TIM
15 VIVO
21 CLARO | 14 OI
31 TELEMAR
91 TP CORP | 12 ALGAR
43 SERCOMTEL
75 VIVWAY | Deficientes Auditivos e de Fala: 0800 741 25 80
Anatel: 1331 |

Para Uso Exclusivo dos Correios

Na eventual impossibilidade da entrega, este documento deve ser retornado à Av. Tucuruá, 432 - Alphaville Industrial - Barueri/SP - CEP 06460-020

☐ Mudou-se ☐ Não existe no endereço ☐ Desconhecido ☐ Não Preciso ☐ Informação correta pelo portador/destinatário Retornado ao serviço postal em: ____/____/____

☐ Ausente ☐ Endereço Inadequado ☐ Recusado ☐ Falhada Outros: _____ Responsável: _____

Atenção Clientes TIM

Para enviar correspondências para TIM, acesse www.tim.com.br ou ligue 1056 de um telefone fixo e fale com nossos atendentes.



TMA 28 BP IV A4 1336 AC620
MAY_2003_707 DBC CLIENTE-12 - PAG SPON: 635738000

Procuração



Procuração de autenticidade

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda

portador(a) do documento de identidade nº 9182.279 expedido por SDS/PE em

07/03/2017 inscrito no CPF sob o nº 114.151.924-05 residente na

Rua José A. de Arruda nº 196

complemento casa Bairro Oswaldo Lima cidade

João Alfredo Estado PE

2. Outorgado Greane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115 expedido por SDS/PE em

06/12/2011 inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51 residente na

Rua da Alegria nº 317

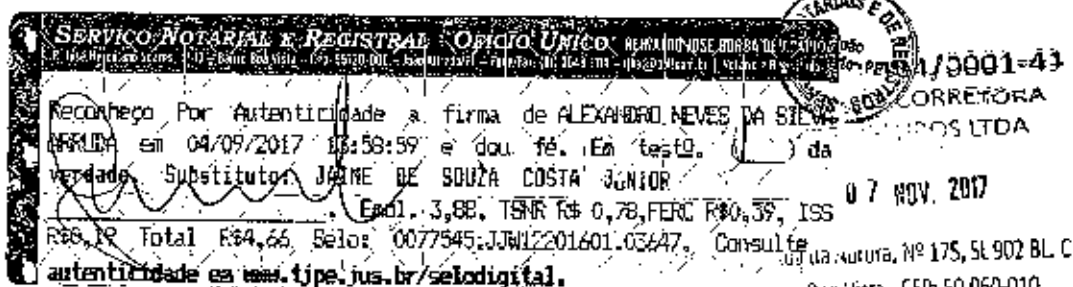
complemento casa Bairro Centro cidade

Limoeiro Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

João Alfredo, 04 de setembro de 2017

Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430135/17

Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

CPF: 114.151.924-05

Data do Acidente: 08/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA : 114.151.924-05

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/11/2017

Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO

CPF/CNPJ: 029.648.794-51

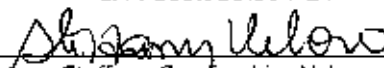
GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2017

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso



Procuração

Ficou presente instrumento particular de procuração, e outorgante abaixo qualificado comparece ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda

portador(a) do documento de identidade nº 9182.279 expedido por SDS/PE em

07.03.2012, assado no CPF sob o nº 114.151.934-05, residente na

Rua José A. de Arruda nº 196

complemento Casa bairro Oliveira Lima, cidade

João Alfredo estado PE

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.287.115 expedido por SDS/PE em

06.12.0011, assado no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na

Rua da Alegria nº 317

complemento Casa bairro Centro, cidade

Limoeiro estado PE

Amplas poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos tanto a complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura da FORMALIZAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

João Alfredo, 04 de Setembro de 2012

Outorgante Alexandro Neves da Silva Arruda

Serviço Notarial e Registral - Optado Único

Procuração por Autenticação e firma de ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA em 04/09/2012 às 15:35 e em 16.00 da tarde. 05.802.494/0001-43
Assado, Substituído POR GEANE DA SILVA COUTINHO
E.O. 1.000.000 de 0,75% por 100,00 TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Total 294,00 Saldo 007733.3012001001.00047. Expediente
Autenticidade em www.tpe.tps.br/salvaguarda.

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

Sinistro: **3180021632**

Vítima: **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

Data do Acidente: **08/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180021632** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12318603

A/C: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Nº Sinistro: 3180021632
Vítima: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
Data do Acidente: 08/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002219-5

Conta: 000010027179-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|---|-----|----------|

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180021632 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R. JOSE A DE ARRUDA nº 196 - OSWALDO LIMA - JOAO ALFREDO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9182279**
Data local do exame: **22/01/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPITAL

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO QUADRICIPITAL EM PRIMEIRO TEMPO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR E EM SEGUNDO TEMPO COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARUFUSOS E RECONSTRUÇÃO DO TENDÃO QUADRICIPITAL APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO COM ARTROFIBROSE E LINFEDEMA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL INTENSO EM JOELHO ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

JOELHO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 22/01/2018

Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE


Dr. Thiago Pedro de A. Alves
MÉDICO
CRM 18568



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| | | |
|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 114.151.924-05 | Alexandro Neres da Silva Arruda |

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------------------------|------------|----------------------|------------|----------------|--|
| Nome completo | | CPF titular da conta | | Profissão | |
| Alexandro Neres da Silva Arruda | | 114.151.924-05 | | agricultor | |
| Endereço | | Número | | Complemento | |
| Rua José A. de Arruda | | | | | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP | Telefone (DDD) | |
| Osvaldo Lima | Jacaré | PE | 55.720-000 | (87) | |
| Email | 99938-8886 | | | | |
| | 99137-5964 | | | | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | | ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) | | | | BANCO Nome _____ NRO _____ | | | |
| ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ | | | |
| AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ | | | | CONTA NRO. _____ D/V _____ | | | |
| 2219 5 27.179 9
(Informar dígito se existir) | | | | (Informar dígito se existir) | | | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.802.494/0001-47

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

José Arruda 26 de Outubro de 2017
Local e Data

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Alexandro Neres da Silva Arruda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Banco Postal

*** Depósito em Conta Poupança ***

Agência: 32300298-00 BOM-JARDIM
 Titular: 99945993-10-11x 72180
 R.G. Aut: 104333 Caixa: 85082546
 Data: 27/09/2017 Hora: 10:43
 (Horário de Brasília)
 BANCO DO BRASIL
 5757800024 SAC: BR 0800.729.0122 0120
 COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUPANÇA
 EM DINHEIRO

CLIENTE: ALEXANDRO N D S ARRUDA
 AGÊNCIA: 2219-5 CONTA: 27.179-9 DAR: 51
 DATA: 27/09/2017
 NR DOCUMENTO: 57.578.000.240.120
 VALOR DINHEIRO: 
 VALOR TOTAL: 
 NR AUTENTICAÇÃO: A: 897.914.753.696.898
 Créditos a partir de 04-05-2012, estão
 disciplinados pela Lei 12.703

Conta Poupança

05.802.494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECFF-PE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora Lider.com.br> ou ligue para o SAC DUVAT 0800 0127204 ou 0800 221206
 exclusivo para pessoas com residência auditiva

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito da indenização (reembolso).

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade em campo 1 "Assinatura do Beneficiário", e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Nome do Sinistro ou AEL: Alexandre Nery da Silva Arruda CPF da vítima: 114.151.924-05 (campo exclusivo de vítima)

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| <u>Alexandre Nery da Silva Arruda</u> | <u>114.151.924-05</u> | <u>Advogado</u> |
| Sobrenome | Número | Complemento |
| <u>Arruda</u> | | |
| Nome | CPF | |
| <u>Osvaldo Lima</u> | <u>55.720.000</u> | |
| CPF | | |
| <u>99.137-5964</u> | | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DUVAT, residir no endereço acima. Seguir em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| ☒ RECEBIMENTO | ☐ SEM RENDA | ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 | ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| ☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| ☐ BANCO DO BRASIL (BB) ☐ ITAÚ (IT) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (CE) | | | |
| AGÊNCIA | CVV | CONTA | CVV |
| <u>2249</u> | <u>5</u> | <u>127479</u> | <u>9</u> |
| Indicar agência de origem | | Indicar agência de destino | |
| | | Indicar agência de destino | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DUVAT, mediante o crédito na minha conta e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

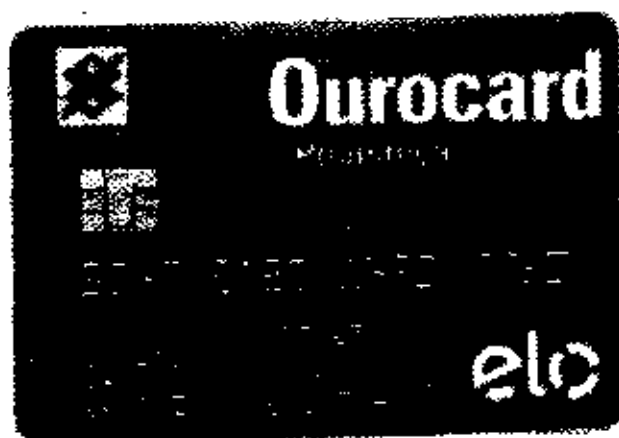
05.862.454/0001-41
 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Alexandre Nery da Silva Arruda 26/01/2013
 Local e Data

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Alexandre Nery da Silva Arruda
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-4:
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0207000604

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/09/2017** às **12:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/7/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, -PE- 90 - SÍTIO ENCRUZILHADA DE BOM JARDIM-PE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BAR DO CALDINHO**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANDRE DA SILVA SANTOS (OUTRO)
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

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

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA** Pai: **ALUIZIO NEVES DE ARRUDA** Data de Nascimento: **2/10/1993** Naturalidade: **JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9182278/SDS/PE (RG), 11415192405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 196, RUA JOSE A. DE ARRUDA - CEP: 55720000 - Bairro: OSWALDO LIMA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO DE MARCELO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO: CORRETORA

ANDRE DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA INES DA SILVA SANTOS** Pai: **JOSE ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **2/3/1993** Naturalidade: **JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8927769/SDS/PE (RG), 10989417454 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, BAIRRO MAE RAINHA - CEP: 55720000 - Bairro: MAE RAINHA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO DE COTINHA**

REC.FE-PE

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANDRE DA SILVA SANTOS**, que estava em

posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFP8405** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **324851812** Chassi: **9C2KC1680BR511140**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/BNV**

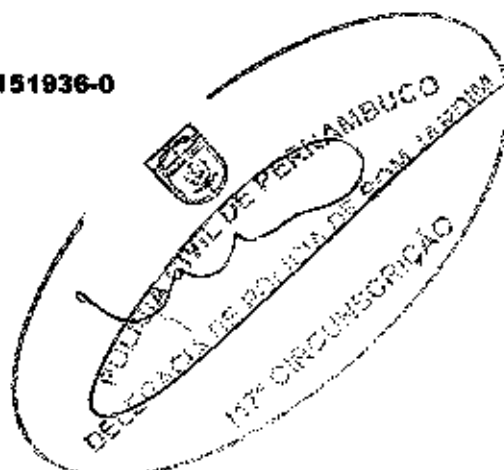
Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JA CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE-90, NA ALTURA DO SÍTIO ENCRUZILHADA, NES TE MUNICÍPIO, NO SENTIDO LIMOEIRO/ENCRUZILHADA, QUANDO UM VEICULO DE PLACA E CONDUCTOR NÃO ANOTADOS QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM, INVADINDO A FAIXA DE ROLAMENTO DA VITIMA, VINDO A COLIDIR NA MOTOCICLETA, CAUSANDO LESOES E ESCORIAÇÕES NA VITIMA E DANOS NA MOTO. ADUZ QUE O MOTORISTA DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORO A VITIMA, QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU DE JOÃO ALFREDO, SENDO LEVADA AO HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO E DE LÁ TRANSFERIDA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRIURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTA PELA VITIMA, NESTA DEPOL.

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

Alexandro Neves da Silva Arruda
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Manoel Bezerra da Costa* Matrícula: **151936-0**



05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0207000604**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/09/2017** às **12:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/7/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, -PE- 86 - SÍTIO ENCRUZILHADA DE BOM JARDIM-PE - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL -** Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO BAR DO CALDINHO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANDRE DA SILVA SANTOS (OUTRO)
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**

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

ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LEIDINALVA FERREIRA DA SILVA Pai: ALUIZIO NEVES DE ARRUDA Data de Nascimento: 2/10/1993 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 8182279/5DS/PE (RG), 11413182405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Motivo da Viagem: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 198, RUA JOSE A. DE ARRUDA - CEP: 55720000 - Bairro: OSWALDO LIMA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO MERCADINHO DE MARCELO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

ANDRE DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA INES DA SILVA SANTOS Pai: JOSE ALVES DOS SANTOS Data de Nascimento: 2/3/1983 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 8927759/5DS/PE (RG), 10989417405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Motivo da Viagem: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, BAIRRO MAE RAINHA - JOAO ALFREDO-PE - CEP: 55720000 - Bairro: MAE RAINHA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO MERCADINHO DE COTINHA

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANDRE DA SILVA SANTOS, que estava em

passse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFPB406** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **324851812** Chassi: **SC2MC1860BR511140**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/ONV**

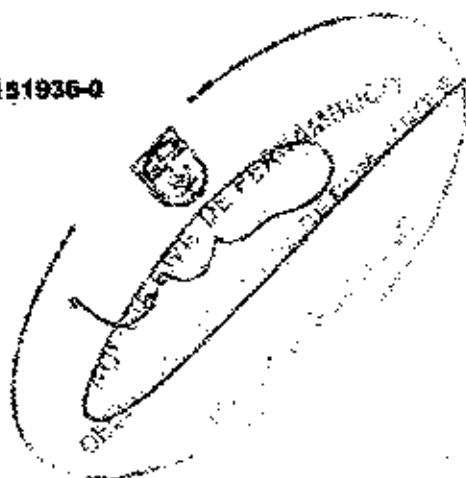
Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JA CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE-89, NA ALTURA DO SÍTIO ENCRUZILHADA, NES TE MUNICIPIO, NO SENTIDO LIMOEIRO/ENCRUZILHADA, QUANDO UM VEICULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO ANOTADOS QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM, INVADINDO A FAIXA DE ROLAMENTO DA VITIMA, VINDO A COLIDIR NA MOTOCICLETA, CAUSANDO LERES E ESCORIAÇÕES NA VITIMA E DANOS NA MOTO. ADUZ QUE O MOTORISTA DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORO A VITIMA, QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU DE JOÃO ALFREDO, SENDO LEVADA AO HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO E DE LÁ TRANSFERIDA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTA PELA VITIMA, NESTA DEPOL.

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

Alexandro Neves da Silva Arruda
ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Manoel Bezerra da Costa* Matrícula: **151936-0**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandro Neres da Silva Arruda, portador da
carteira de identidade nº 9.182.279-568-PE inscrito no CPF/MF sob o nº
114.151.924-05, residente e domiciliado na
Rua José A. de Arruda N: 196 Osvaldo Lima
João Alfredo, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para
fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

João Alfredo - PE 26/10/2017
Local e data

Alexandro Neres da Silva Arruda
Assinatura do declarante

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Documento de Identificação

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexsandro Neves da Silva Araújo, portador da
carteira de identidade nº 9.182.279-285-PE inscrito no CPF/ME sob o nº
114.457.924-05 residente e domiciliado na
Rua José A. da Gama U-196 Ormaiz Lisboa
Boa Vista Estado Pernambuco declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que reside não realiza perícias para
fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que reside realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Boa Vista - PE 26/10/2017
local e data

Alexsandro Neves da Silva Araújo
Assinatura do declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRUPORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



**SAMU
192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Secretaria de Saúde de João Alfredo

CEP: 55.720-000 - CNPJ: 11.097.359/0001-45



Cartão de identificação
0006
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA, RG: 9.182.279, CPF: 114.151.924-05; fez uso dos serviços desta instituição, ocorrência nº 354600 na data de 08/07/2017, na condição de paciente politraumatizado vítima acidente de carro/moto apresentando perca parcial de MIE parte anterior da patela, consciente, orientada a mesma nega vômito e desmaio. Realizado procedimentos iniciais no local e conduzida em viatura para Hospital Otávio de Freitas..

Atenciosamente,


André Luís Aguiar de Lima
Enfermeiro
COREN-PE 203068

ANDRÉ LUÍS AGUIAR DE LIMA
ENFERMEIRO COREN Nº 203068-PE
COORDENADOR DO SAMU

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

João Alfredo, 18 de julho de 2017



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
Secretaria de Saúde de João Alfredo
CEP: 55.720-000 - CNPJ: 11.097.359/0001-45



JOÃO
ALFREDO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA, RG: 9.382.279, CPF: 334.151.924-05; fez uso dos serviços desta instituição, ocorrência nº 354500 na data de 08/07/2017, na condição de paciente politraumatizado vítima acidente de carro/moto apresentando perca parcial de MIE parte anterior da perna, consciente, orientada a mesma nega vômito e desmaio. Realizado procedimentos iniciais no local e conduzida em viatura para Hospital Otávio de Freitas.

Atenciosamente,


André Luís Aguiar de Lima
Enfermeiro
COREN-PE 203068

ANDRÉ LUÍS AGUIAR DE LIMA
ENFERMEIRO COREN Nº 203068-PE
COORDENADOR DO SAMU

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

João Alfredo, 16 de julho de 2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRO NEVES DA SILVA ARRUDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02219-5

CONTA: 000010027179-0

Nr. da Autenticação 85CAB98388F9E39D

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Neves da Silva AlmeidaRG nº 9.182.279, data de expedição 07/03/2017 Órgão SAS-PE

CNPJ nº 14.151.924-05 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro
(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua José A. de Almeida</u> |
| Número | <u>196</u> |
| Apto / Complemento | <u>casa</u> |
| Bairro | <u>Quilombo Lima</u> |
| Cidade | <u>João Alfredo</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>55.720-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81)99938-8886 / (81)99137-5964</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Alfredo - PE, 24/10/2017Assinatura do Declarante: Alexandre Neves da Silva Almeida35.802.494/0001-41
MOTORÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE FATURAS DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-010
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-52 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSEFA MARTINS DE MOURA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE A. DE ARELLA 190

OSVALDO LIMANUO ALFREDO
MAD ALFREDO PE
51720-000

CPF 007 061 594-65

CLASSIFICAÇÃO
81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásica

CONTA DE FATURAS

7002075627 05/2017

29/05/2017 21/06/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 58,77

| | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO |
| 01/05/2017 | 01/05/2017 | 20/05/2017 |
| 20/05/2017 | 20/05/2017 | 17/06/2017 |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Atividade (kWh) | 0,000000 | 0,000000 | 0,00 |
| Atividade Bandeira VERMELHA | | | 3,30 |
| Contribuição Monetária Pública | | | 3,37 |
| CMS Subvenção (CDE 14 300 580000 70031) | | | 6,57 |
| Multa por atraso (R\$ 0,02540050 - 22/05/17) | | | 1,01 |
| Juros por atraso (R\$ 0,02540050 - 22/05/17) | | | 4,78 |

TOTAL DA FATURA

| N.º DE FATURAS | TOTAL DA FATURAS | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO |
|----------------|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 |

| PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta Nota Fiscal é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE), inscrita no CNPJ nº 10.835.932/0001-08, sob o regime de tributação do ICMS. A presente Nota Fiscal é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE), inscrita no CNPJ nº 10.835.932/0001-08, sob o regime de tributação do ICMS.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

Se você possui contas em aberto, a CELPE não poderá emitir esta Nota Fiscal. Para regularizar suas contas, favor entrar em contato com a CELPE pelo telefone 0800 000 0000 ou pelo site www.celpe.com.br.

| PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE FATURAMENTO |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 |

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

Valor do Faturamento: R\$ 58,77

05 802.494/0001-01
RAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

56 - Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

83870900000-15677001-007-300207582710-3-08080003623-7





Abstract

CTC RECIFE PE PL5
GEANE DA SILVA COUTINHO
RUA DA ALEGRIA 317 CASA
CENTRO
55700-000 - LIMOEIRO - PE



7214049716 10088 00001234787 30 181017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

| | | | |
|---|------------|--------------|---|
| CÓDIGO DAS PRESTADORAS DE LONGA DISTÂNCIA | | | Atendimento ao Cliente: *144 |
| 41 TIM | 14 OI | 12 ALGAR | Deficientes Auditivos e de Fala: 0800 741 25 80 |
| 15 VIVO | 31 TELEMAR | 43 SERCOMTEL | Anatel: 1331 |
| 21 CLARO | 91 TP CORP | 75 VIVAWAY | |

Para Uso Exclusivo dos Correios

Na eventual impossibilidade da entrega, este documento deve ser retornado à Av. Tucuruá, 432 - Alphaville Industrial - Barueri/SP - CEP 06460-020

☐ Mudou-se ☐ Não existe no endereço ☐ Desconhecido ☐ Não Precisa ☐ Informação incorreta pelo portador/destinatário Retornado ao serviço postal em: ____/____/____

☐ Ausente ☐ Endereço Inexistente ☐ Recusado ☐ Faltou ☐ Outros Responsável: _____

Atenção Clientes TIM

Para enviar correspondências para TIM, acesse www.tim.com.br ou ligue 1056 de um telefone fixo e fale com nossos atendentes.



TMA 28 BP IV A4 1336 AC6520
TMA 28 BP IV A4 1336 AC6520
TMA 28 BP IV A4 1336 AC6520



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Nunes da Silva Cavalcão

RG nº 9.182.279, data de expedição 07/03/2010 órgão SAS-PE

CPF nº 14.151.924-05 venho por meio deste instrumento declarar que não possuo compromissos de aluguel em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, apresentando, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|----------------------------------|--|
| Logradouro
(Rua/Avenida/Prça) | <u>Rua José A. de Oliveira</u> |
| Número | <u>195</u> |
| Apto / Complemento | <u>casa</u> |
| Bairro | <u>Boa Vista Lima</u> |
| Cidade | <u>João Alfredo</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>55.720-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 99938-8886 / (81) 99137-5964</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Alfredo - PE, 26/10/2014

Assinatura do Declarante: Alexandre Nunes da Silva Cavalcão

05.802.494/0003-77
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

02 JAN, 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

[illegible]

2013.7.16

ETIM



Abstract

GEANE DA SILVA CONTINHO
RUA DA ALEGRIA 317 CASA
CENTRO
55701-000 - LIMOEIRO - PE



2004-2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818 2819 2820 2821 2822

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

GOVERNMENT OF THE STATE OF TEXAS
COUNTY OF DALLAS
I, _____, Clerk of the County of Dallas, State of Texas, do hereby certify that the within and foregoing is a true and correct copy of the original as the same appears from the records of the County of Dallas, State of Texas.

[illegible]



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Glauco da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF 029.648.794 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexsandro Nery da S. Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.151.924 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexsandro Nery da S. Arruda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.151.924 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

| | | | |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------------|---|
| Endereço <u>Rua da Alegria</u> | | Número <u>317</u> | Complemento <u>Casa</u> |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>Simão</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>55.700-000</u> |
| Email _____ | | Telefone comercial(DDD) _____ | Telefone celular(DDD) (81) <u>99938-8886</u>
<u>99137-5964</u> |

15.802.494/0001-41

IRACÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

Simão, 26 de Outubro de 2017
Local e Data

07 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

PERFUME

Glauco da Silva Coutinho
Assinatura do Declarante