



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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190665845

Vítima: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190665845

Vítima: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **DAVI ALBERTO DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001028**

Conta: **0000070231-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do documento/SU:

3 - CPF do(s) titular:

709.554.034-54

4 - Nome e endereço do(s) titular:

DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDIMENTOS DA PESSOA FÍSICA (VIA PARA MEIOCLÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. IN-442/2002

5 - Nome completo:

DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

7 - Profissão:

RECELESA

8 - Endereço:

RUA DR. KLEIO FERREIRA DA SILVA LIMA

10 - Cidade:

FORRÓBES

12 - Estado:

CELIAPE

13 - Estado:

PE

14 - E-mail:

6 - CPF:

709.554.034-54

9 - Número:

389

10 - Complemento:

CASA

14 - CEP:

50962-675

16 - INSC. EST.

819855394014

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA ÚTILIDADE/BENEFICÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CONDIÇÃO

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Verificar, para todos os fins de direito, se há no endereço acima informado, conforme comprovante em anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR NA CONTA:



DECLARO INFORMAR



SEJA RENDIDA



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (poupança para todos os fins. Atualizar em anexo):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (346)

☐ Banco do Brasil (303)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0012

CORRETO:

70231

(Informe o código da agência)

(Informe o código do correto)

AGÊNCIA:

(Informe o código da agência)

(Informe o código do correto)

Autorizar a Seguradora Líder a emitir a carta licenciada informada, de menor utilidade, e valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem lhe for devido, reconhecendo e ciente, desde já e por este ato, a efetivação do crédito, outorgando total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impetrando do Representante Legal do Insalubre Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização/reembolso do Seguro DPVAT, em razão de acidente de trânsito.

- O IML que atende a região da residência ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região da residência ou da minha residência e possui parâmetros para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região da residência ou da minha residência e possui parâmetros para fins do Seguro DPVAT; ou

Solicito a preservação da análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a intervenção do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, de acordo com a legislação em vigor para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 194/79.

Declaro que esta análise não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, ou ao acordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do viúvo:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito do viúvo:

25 - Grande Beneficiário (nome e endereço):

26 - Víveres de quem compartilha(s):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se o viúvo deixou algum herdeiro, informar o nome e endereço:

28 - Víveres (ou DPVAT):

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Nome:

Falados:

30 - Víveres de quem compartilha(s):

☐ Sim ☐ Não

31 - Víveres (ou DPVAT):

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Nome:

Falados:

33 - Víveres de quem compartilha(s):

☐ Sim ☐ Não

Esse direito de quem a Seguradora Líder pagar, com respeito à indenização do Seguro DPVAT por morte, é exclusivo dos beneficiários que se apresentarem a provar, em esta condição, estar vivo, ainda, de que qualquer emissão de declaração em verdadeira fidedignidade poderá gerar a cobrança do resgate e valor resbólico, além da respectiva indenização por morte, conforme artigo 239 do Código Penal.

34

35 - Nome legal do quem assina o pedido (a cargo):

36 - CPF legal do quem assina o pedido (a cargo):

37 - Assinatura do quem assina o pedido (a cargo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

no-você ou

Recebi em 28/05/2012

Assinatura do viúvo/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (a cargo)

APS/001 V002/2010

43 - Assinatura do Beneficiário (a cargo)

DATAS FOMULADA ESTIPEN

450 BORN 725 8180
UNIVERSITA BORN 725 7171

200-000000000-0

75/11/2018

HORA DE 15:49:15

COLLA: 15.00000-4
TECNOLOGIA: RETIFE
AC. VINCULADA: 1028

TECNOLOGIA: 000000000-0

CONTRATO: 000000000-0

DEPOSITO EM DINHEIRO

1028 013 000000000-0

DEPOSITO EM DINHEIRO

VALOR

5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 DIAS

ESTE RECEPTE E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

200 717122000-0

1028 013



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DEPTO DE INVESTIGAÇÃO**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1350102004013

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/11/2019 às
16:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Delito (Consumado)
que aconteceu em 13/09/2019 no período da noite.

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM SÃO PAULO (BAIRRO), 01,
AV: REGIPE - Bairros JARDIM SÃO PAULO - REGIPE/PERNAMBUCO
/BRASIL.**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/ACIDENTE) /
DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência e pertencente) , que estava em posse
do(a) Sr(a): DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO**

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

**DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Nome:
SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 28/04/1997 Nacionalidade: REGIPE /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentar: 9242524/000/P2 (RG); 70555102423 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: BARBEIRO Testemunas Cíveis:**
- 990787024

**Endereço Desconhecido BAIRRO DE TUNQUES (BAIRRO), 200, RUA DR: FLAVIO TELESINA
DA SILVA MACHADO - CEP: 55000-000 - Bairro: TUNQUES - REGIPE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: não
informado / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**BICICLETA (Bicicleta) de propriedade do(a) Sr(a): DAVI ALBERTO DA
CONCEIÇÃO, que estava em posse do(a) Sr(a): DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO**

Descrição: CIGARETAS

Quantidade: 1 UNIDADE NAQ INFORMÁTICA

Website: www.igmp.org

Comentário / Observação

INFORMA A GUARDA QUE AO ATENDERAM A RUA ADOLFO CIDADE COM SUA
MOTO, LIT. O VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELADO, ONDE SE LAVIO DO
LOCAL SEM DRETA OCORRER, ONDE A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POLAIRES,
PORQUE JA ESTAVA OFERECENDO, SENDO LEVADO PARA A UDA DO TORRONE
COMO O REGISTRO Nº 42008, QUE SE ENCONTRA POR TRANSFERIR PARA O
HOSPITAL ARNOLD MOURA; SENDO CONSTATADO FALHAS NO CORPO
COMO O REGISTRO Nº 161227 DO HOSPITAL ARNOLD MOURA, SENDO
CONSTATADO SENDO LEVADO PARA POLICIAS.

Assinatura do(s) passoa(s) presente neste unidade oficial

(917152) *Dante Alighieri da 1265/66

E.O. registrado por: ANTONIO CARLOS GUINEA DE LIMA - Matrícula: 124707-8

Antonio Carlos G. de Lima
Comissão de Política
Cultural



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do documento/SU:

3 - CPF do(s) titular:

709.554.034-54

4 - Nome e endereço do(s) titular:

DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDIMENTOS DA PESSOA FÍSICA (VIA PARA MEIOCLÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. IN-442/2002

5 - Nome completo:

DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

7 - Profissão:

RECEIUSA

8 - Indicação:

RUA DR. KLEIO FERREIRA DA SILVA LIMA

10 - Cidade:

FORRÓBES

12 - Estado:

CELIAPE

13 - Estado:

PE

9 - Número:

709.554.034-54

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA ÚTILIMOS BENEFICIÁRIOS MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CONDIÇÃO

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Verificar, para todos os fins de direito, se há no endereço acima informado, conforme comprovante em anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR NA CONTA:



RECLUSO INFORMAR



SEJA RENDIDA



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (pessoa física ou jurídica, de acordo com o caso):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (240)

☐ Banco do Brasil (202)

☒ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA:

0012

CÓDIGO:

70231

(Informe o código da agência)

(Informe o código do estado)

☐ CONTA CORRENTE (pessoa física ou jurídica)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0000

CÓDIGO:

0000

(Informe o código da agência)

(Informe o código do estado)

Autorizar o Segurador a lidar a entidade na contra-remissão informada, de menor utilidade, e valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem lhe for devido, reconhecendo e ciente, desde já e por escrito, após a efetivação do crédito, o valor total do valor recebido.

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

☒ Declara, sob as penas da Lei, que está legitimado do representante legal do Insalubre Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT.

- Não IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência e não possua perfil para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência e não possua perfil para fins do Seguro DPVAT; ou

Solicito a preservação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a intervenção do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, de acordo com a legislação em vigor, e a qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 194/79.

Declaro que esta análise não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou jurídica ao direito do beneficiário à avaliação médica, ou ao acordo de seu contratado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte do vítima:

25 - Grande Beneficiário (nome completo):

26 - Vítima de lesão corporal (lesão):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome completo:

28 - Vítima tem DPVAT?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se vítima tiver filhos, informar:

Nome:

Faltados:

30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiro)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem herdeiro?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se vítima tiver filhos, informar:

Nome:

Faltados:

33 - Vítima deixou herdeiro (herdeiro)?

☐ Sim

☐ Não

Exceção de que o Segurador Líder pagará, com desconto, a indenização do Seguro DPVAT por morte quando o beneficiário que se apresentarem a pagar esta condição, estando, ainda, de que qualquer emissão de declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação de multa e valor recebido, além da respectiva sanção criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34

35 - Nome legal do quem assina o pedido (a cargo)

36 - CPF legal do quem assina o pedido (a cargo)

37 - Assinatura do quem assina o pedido (a cargo)

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

no-você ou

Recebi em 28/05/2012
DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (a cargo)

APS/001 V002/2010

43 - Assinatura do Beneficiário (a cargo)

A vida pede mais que um banco



DAVID VARELA GOMEZ SILVA
RUA DRE LAGO TERESA DA SILVA MATA, 6735
TORRELES
5161-025 SÃO PAULO - SP



Abstract

FD-302 (Rev. 4-15-64)

Abstract

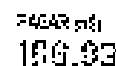


SAC CAIXA
(informações, orientações, sugestões e elogios)
0800 126 0101

0800 726 2432
(para perguntas sobre eficiência energética)

Davidson's CALIA
8650 725 7474

www.gain-aw-lc



Page 2046 of 2046

777040-00000000000000000000
000000000000000000000000
000000000000000000000000
000000000000000000000000
000000000000000000000000

40/42/44/46

[www.dan.com/9000/gd/](#)

www.pearsoned.com.au

Aug 2017	118.95
Jul 2018	124.70
Aug 2018	118.00
Aug 2019	122.70
Jul 2018	118.00
Jul 2019	116.95

[illegible][illegible]

8461000C001-3 08930113298-7 07634340302-1 90305370100-3





© 2011 by the author(s). Published by the American Psychological Association, 1200 17th Avenue, N.W., Washington, DC 20036-2001. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

DOI:10.1002/chem.200500163

O procedimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece o Circular número 44/92, disponível no endereço eletrônico

http://www2.usps.gov/bid/BIDNOTICE.htm?ORIGINAL_ASYNCHRONOUS_DOWNLOAD=0&DOCID=7632

As informações aqui contidas, quando da prestação de serviço ao cliente no momento da venda, devem ser utilizadas apenas para as necessidades do cliente e não devem ser divulgadas a terceiros sem a autorização expressa da empresa. É proibido o uso das informações aqui contidas para fins de promoção de vendas, publicidade ou qualquer outra finalidade não autorizada pela empresa. Informações acerca de produtos e serviços de terceiros, bem como respectivas documentações comerciais.

Acesso em 08/09/2014. Disponível em: <http://www.legis.spe.gov.br/legislacao/?id=100424>. Acesso em 08/09/2014.

[illegible]

RS19082520 01 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Resolva (a) no TFC/Ch/2 056.639.994 BB _____ na qualidade de Promotor (a) / Intermediário (a) do Saneamento

DAVI AZEVEDO DA CONCEIÇÃO inscrito (a) no CPF sob o nº 709 508 054, 5ª

do sistema de DPMG cobertura INVAZÕES do Vítima DAVI ALVES-18 DA OLIVEIRA

Inscrição tal no CPF sob o nº 309.534.034-39 conforme determinação da Circular Súmula 405/12.

Dados do Produtor _____ **Nome:** _____ e endereço os documentos completos:

WILLYCHANDRAN

Declaramos ainda, sob as penas da lei, que não há de ser dada continuidade jurídica ao Suplemento Literário, pois não encontra apoio, aprovação ou apoio de componentes da redação da Imprensa Nacional. Cabe ainda deixar a salientar de presente, mediante impugnação ao próprio papel prosaico, não, 23 de maio de 1968.

Endereço: Rua. Mineiro, 1050 FERNANDES MACHADO

402000
739

Consolidation No. 1253

...

5042
BB-97

Exon:

DEF: 2232 2235

E-mail: jim.margrave@us2013.gov | www.us2013.gov

[illegible]

7.11.77

61 06662 E424 / B1 95477-7253

摘要:

Leipzig, 28/11/2019

Assinatura do(s) cliente(s)

Nome: **DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO**

Nº registro: **428056**

Id. Nasco: **28/06/98 - 21 ano (s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO**

Fone: **81 8878-7624**

Endereço: **R. DOUTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, Nº 190, SAN MARTIN, RECIFE - PE**

Data/Hora: **25/08/2019 - 19:43** Nº pag.: **1/2**

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

QUEIXA

REFERE COLISÃO BICICLETA-CARRO, COM ULTIMO EM SEGUIA MAIS TRAUMA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO
HÁ CERCA DE UMA HORAS ATRAS. HAS-DM-ALERGIA - HGT:158MG/DL

ORIGEM

TIPO DE COLGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Proleptas em extremidades

DISCRIMINADORA

- Com materiais *

COLÉTA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação E MEDIDAS CLíNICAS

- DOR 1

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MÉDICA:

19:43 - COLISÃO BICICLETA-CARRO HÁ APROX 1 L VLX COM DOR NO JOELHO, MAS COM MOBILIDADE
PRESERVADA

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: 0

PA: 120/80

HGT: mg/dL

A,B,C,D: NDN

E: ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADX, SEM CREPITAÇÕES.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V13 - CICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM UM AUTÔMÓVEL, "PICK UP" OU
CAMINHONETE]

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 426056

Id. Nasco.: 29/06/98 - 21 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SANDRA MARTA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 8878-7624

Endereço: R DOCTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, nº 190, SAN MARLIN, RECIFE - PE

Data/hora: 25/05/2019 - 19:43

Nº pag.: 2/2

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

ANALGESIA = RX

Resultados de Exames:

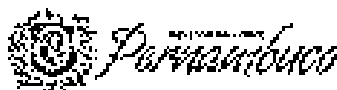
N/R

Fabiana Esmerêncio
Mônica
CRANIO-RAFE

Dr. HENRIQUE BERNARDINO FERREIRA DA SILVA

CRM: 25860

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



Nome: **DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO (Lauda para Revisão)**

Nº registro: **426056**

Dt. Nasc.: **28/05/98 - 21 ano(s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO**

Fone: **81 9878-7624**

Endereço: **R. DOUTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, nº 190, SAN MARTIN, RECIFE - PE**

Data/hora: **25/08/2019 - 21:37** Nº pág.: **1/1**

EVOLUÇÃO MÉDICA

Recife, 25/08/2019 -21:37

DISCUTO CASO COM COLEGA ORTOPEDISTA, ENVIANDO IMAGENS DE RX; EVIDENCIAMOS FX DE FÍBULA PROXIMAL + PLANALTO TIBIAL LATERAL, COM CONDUTA CIRÚRGICA. CASO, PORÉM, PODE SER CONDUZIDO VIA CONVÊNIO.

CD: OTIMIZO ANALGESIA + SOLICITO LAB. E LISTO PACIENTE EM CONVÊNIO APÓS EXAMES

Estimado(a) paciente,
Atenciosamente,
CRM 25860

Dr. HENRIQUE BERNARDINO FERREIRA DA SILVA
CRM: 25860

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Miraflores, nº 30, Tuiúas CEP: 50640-580 Recife/PE
Contato: (81) 3164-4440



Nome: **DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO (Laudo para Revisão)**

Nº registro: **426056**

Dt. Nasc.: **28/06/98 - 21 Anos (s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO**

Cel: **81 8878-7624**

Endereço: **R DOJTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, Nº 190, SAN MARTIN, RECIFE - PE**

Data/hora: **26/08/2019 - 08:54**

Nº pág.: **1/7**

EVOLUÇÃO MÉDICA

Recife, 26/08/2019 - 08:54

HD:

1) FX DE FÍBULA PROXIMAL + PLACATO TIBIAL LATERAL À ESQUERDA SEC TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO (CARRO-BICICLETA)

EVOLUÇÃO: PCT ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIURESE ESPONTÂNEA, SEM EVACUAÇÕES NAS ÚLTIMAS 24H, DIETA POR VIA ORAL. PACIENTE REFERE MELHORA PARCIAL DA DOR EM JOELHO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS

AO EXAME:

HGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ACANÓTICO, HIDRATADO, AFEBRIL

AR: MV + EM AHT, SEM RA

FR: 16 IPM SATO2: 99 %

ACV: RCR, EM ZT, BNF, SEM SOPROS

FC: 92 BPM PA: 120X70 MMHG

ABD: PLANO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, S/ VMG, RHA+, MURPHY -

EXTREMIDADES: SEM EDEMAS, SEM PERFUNDIDADES, PANTURRILHAS LIVRES. JOELHO ESQUERDO EDEMACIADO, DOLOROSO À PALPAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. MSE COM ESCORIAÇÕES EM REGIÃO DE COLOVELO, SEM DOR OU LIMITAÇÕES DE MOVIMENTO SNC: ECG 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, NUCA LIVRE. SEM DÉFICIT MOTOR OU SENSITIVO

CD:

1) AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA - DR LUCAS OPTA POR TRANSFERÊNCIA DE URGÊNCIA

AO HOF 5757228

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Pirabola, nº 50, Tanques CEP: 50540-560 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO (Laudo para Revisão)

Nº registro: 426056

Dt. Nasç.: 20/06/98 - 21 ano(s)

Sexo: Masculino

Mãe: SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 8878-7624

Endereço: R DOUTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, nº 190, SAN MARTIN, RECIFE - PE

Data/hora: 25/08/2019 - 08:54 Nº pág.: 2/2

Dr. FABIANA WANDERLEY EMERENCIANO
CRM: 17173

Fabiana Emerenciano
CRM 17173 PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 50, Torreões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (61) 3184-4440

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 426056

Dt. Nascto: 28/06/98 - 21 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SANDRA MARTA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 8878-7674

Endereço: R DOUTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, nº 190, SAN MARTIN, RECIFE - PE

Data/hora: 26/08/2019 - 11:04 Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRÍACEM:

- QUEIXA

- REFERE COLISÃO BICICLETA-CARRO, COM DESMARE EX SEGUICA MAIS TRAUMA E ESCORÇÕES PELO CORPO HÁ CLON DE UMA FOLHA ATRAS. HAS-DM-ALERGIA - HGT:158MGDL

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

-

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

CÓLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação E MEDIDAS CLíNICAS

- DOR 5

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MÉDICA:

-

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: 9

PA: 120/80mmHg

HGT: 158/UL

A,B,C,D: NOK

EF ESCORÇÕES EX. OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM. SEM CREFITAÇÕES.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S021 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?<? | CÔNDILOS ?#? DA TÍBIA, COM OU SEM MENÇÃO DE EPÍFISE PROXIMAL ?#? - FRATURA DO PERÔNIO (FIBULA) | TUBEROSIDADE ?>?

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 7.260-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LUCAS DE SA CAVALCANTI. CRM: 19671. Data e Hora: 26/08/2019 11:24:00.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Unidade de Pronto Atendimento

Rua M.abela, nº 30, Torres CEP: 50640-500 - Recife/PE

Contato: (81) 3134-4440

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 426056

DE Nasco: 28/06/98 - 21 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 8878-7524

Endereço: R DOUTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, nº 190, SAN MARTIN. RECIFE - PE

Data/hora: 26/08/2019 - 11:04

Nº pág.: 2/2

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

Tala coxopodálica

Examinar internamente para serviço de referência

Resultados de Exames:

Fratura do platô lateral da tibia e da cabeça da fíbula

FRATURAS DISTAIS DO
MEMBRAS
CRANIO CERVICIS PE

Dr. LUCAS DE SA CAVALCANTI
CRM: 19671

Este documento foi assinado dig. eletronicamente, conforme Art. 2º da Provisor nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LUCAS DE SA CAVALCANTI, CRM: 19671. Data e Hora: 26/08/2019 17:24:30.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 426056

Idade: 28/06/98 - 21 ann (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 8878-7624

Endereço: R. DOUTOR FLÁVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, nº 190, SAN MARLIN, RECIFE - PE

Data/hora: 26/08/2019 - 11:08

Nº Reg: 11/1

GUILA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

19:43 - COLISÃO BICICLETA-CARRO HÁ APROX 1H. VEM COM DOR NO JOELHO, MAS COM MOBILIDADE PRESERVADA.

EXAME FÍSICO:

Respi:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: 9

PA: x mmHg

HGT: mm/dL

A/R/C/D: NDM

E: ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM, SEM CREPITAÇÕES.

CONDLTA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Exames Complementares/Resultados:

TX DE PLATÔ TIBIAL LATERAL E FÍBULA ESQUERDOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

3821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?? | CÔNDILOS ?? DA TÍBIA, COM OU SEM MENÇÃO DE EPIFISE PROXIMAL ?? | FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA] TUBEROSIDADE ??

OSSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Especialidade: TRAUMATO

Senha: 5757228

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dra. FABIANA WANDERLEY EMERENCIANO
CRM: 17173

Fabiana Emerenciano
CRM 17173PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO (104018)

Admissão: 322624

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

FRATURA TORNOZELO DIR () / ESQ (X)

FRATURA TORNOZELO DIR () / ESQ (X)

CID 10:

S82.8

CIRURGIA REALIZADA: () / (X) FRATURA TORNOZELO DIR () / ESQ (X)

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO

COM PLACA E PARAFUSOS EM:

MÉDICO CIRURGIÃO: DR. SEBASTIÃO JUAZES DE OLIVEIRA

Dr. JUAZES

ORIENTAÇÕES: RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL, ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, EM:

1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIFENIDAMINA 50MG - TOMAR 02 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS;

4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL, ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, EM;

Notificação Emitida Eletronicamente

Data: 02/09/2019 às 13:30

Dr. SEBASTIÃO JUAZES DE OLIVEIRA
Médico Cirurgião Geral
CRM: 15011 / RJ
10/07/2019

Dr. JUAZES SEBASTIÃO JUAZES DE OLIVEIRA

CRM:

[Assinatura]



Armando Moura
HOSPITAL CLINICAL

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO (26246381)

Admissão: 322624

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Endemarin:

Leito: LEI'0 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Date: / /

ESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que **DAVI ALBERTO DA CONCEICAO** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- (X) Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- () Como acompanhante.
- () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, prevista pelo Decreto n. 89.512 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Intervista Emílio Echeverriente

Date: 02/09/2019 05:18:29

FD-302 (Rev. 1-25-60)
Continuation of FD-302 of [redacted]
Date of Birth [redacted] Page 5 of 5

Dr. (s) JUAAREZ SEBASTIÁN LITIA ELIUNA

CRM

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 02/09/2019 19:28

Atendimento: 322824 Entrada: 27/08/2019 Hora: 16:20
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELE/IVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 03
Permanência: 6 Dia(s), 02 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 7050086246387958

Paciente: 1624518 DAVI ALBERTO DA CONCEICAO
Nascimento: 28/03/1938 (21 Anos e 2 Meses)
Endereço: RUA DOUTOR FERREIRA DA SILVA MAROJA
Bairro: TORROES C.E.P.: 50830-972
Cidade: 2611808 RECIFE
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: SANDRA MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 70853103439
Identidade: 9242634 - SDS - PE
Telefone: / 988787824
G.Instrução:
Ocupação: BARBEIRO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 27/08/2019 - 16:53

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO BOF COM FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE CARRO HA 2 DIAS
VIERAM AS HAS DO

Exame físico:

DOA + INCAPACIDADE FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Prescrição/Conduta: INTERNAMENTO

Horário/Chexagem

01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/mobilização) COMANDA

Hospital Municipal Armindo Moura
SAÚDE

Unidade de Registro Médico e Enfermagem
Fones: (81) 3635-2113
Av. Getúlio Vargas, 514 - K. 1 - 50060-100

R136 - Ficha de Cirurgia

Atendimento: 322824	Avião: 24890	RG: 8242634
Paciente: 1624618	DAVI ALBERTO DA CONCEICAO	CPR: 70953103430
Idade: 21 Anos e 2 Meses	Telefone: 986787624	Enfermaria: ENFERMARIA 03
Plano: SUS - ELETIVAS		Acomodação: LEITO 03
Previsão	Data: 02/09/2019	Início: 05:00
		Duração: 00:30

Diagnóstico Pré-Operatório

S826 - FRAT DO MALEOLO LATERAL

Cirurgia(s) Realizada(s)

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT PLATO TIBIAL

Data: ____/____/____ Início: ____ Fim: ____

Anestesia:

RAQUE COM SEDAÇÃO

Início: ____ Fim: ____

Equipe Cirúrgica

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA	Anestesiista: FABLO GOMES PINHEIRO
1º Auxiliar: _____	Aux Anest: _____
2º Auxiliar: _____	Consultor: _____
3º Auxiliar: _____	Perfusionista: _____
4º Auxiliar: _____	Pediatra: _____
Instrumental: _____	Intensivista: _____

Diagnóstico Pós-Operatório**Descrição**

Cirurgia Realizada

1. OSTEÓSSINTESE DE FRATURA UNIMALEOLAR DE TORNOZELO
2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO
3. TENÓLISE DOS FIBULARES

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E

HEMOSTASIA; ABERTURA DE FASCIA ANTEROLATERAL E LIBERAÇÃO DE CONTEÚDO MUSCULAR

APRISIONADO;

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRADA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO;

ABERTURA DE TUNEL FIBROSO FIBULAR PARA ABORDAGEM POSTERIOR DE FOCO DE FRATURA;

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, MEDIANTE APOSIÇÃO DE 01 (UMA) PLACA

TERÇO TUBULAR, DE APOIO FIXADA COM PARAFUSOS CÔRTICAIS; REALIZADO TESTE DE COTTON

(POSITIVO) E VERIFICADA INSTABILIDADE TIBIOFIBULAR DISTAL. SUTURA DE LESÃO LIGAMENTAR

TIBIOFIBULAR DISTAL COM VICRYL 1;

LAVAGEM COM SF 0,9%;

SINTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO TIPO JONES

SOLtura DO GARROTE E VERIFICADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Recomendações/ Observações

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Assinatura do médico _____

Hospital Armindo Moura

SABE

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Fone: (81) 3535.0043

Av. Cleto Campêlo, 1 - Juazeiro-PE



*Sig
amada*

Nome: **DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO**
Nº registro: **426056**
Dt. Nasç.: **29/06/98 - 21 ano (9)** Sexo: **Masculino**
Mãe: **SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO** For: **31 8878-7624**
Endereço: **R. DOUTOR FLAVIO FERREIRA DA SILVA MARCO, nº 190, SAN MARTIN, RECIFE - PE**
Data/hora: **26/08/2019 - 11:08** Nº pág.: **1/1**

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB):

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

19:48 - COLISÃO BICICLETA-CARRO HÁ APROX. 1H. VEM COM DOR NO JOELHO, MAS COM MOBILIDADE PRESERVADA.

EXAME FÍSICO:

PA: **120/80** Alt: **1,70** IMC: **25** Temperatura: **36,5**
FC: **90** HT: **100/60**
AD: **10**
E: **ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM. SEM CREPITAÇÕES.**

CONDUTA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Exames Complementares/Resultados:

FX DE PLATÔ TÍBIA LATERAL E FÍBULA ESQUERDAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?? | CONDILOS ?? DA TÍBIA, COM OU SEM MENÇÃO DE| EPÍFISE PROXIMAL ?? - FRATURA DO PERÔNIO (FÍBULA), TUBEROSIDADE ??

OBSERVAÇÕES:

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: **HOSPITAL GÊNIO DE FREITAS**
Especialidade: **TRAUMATO**
Bairro: **5757228**

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Emergência
1173

Dra. FÁBIANA WANDERLEY EBERENCIANO
CRM: 17173

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora notada da sessão: 25/08/2019 14:35

Nome Paciente:	DAVI ALBERTO DA CONCEICAO
Cód. Paciente:	1025297
Data de Nascimento:	26/08/1998
Sexo:	Masculino
Idade:	21
Sanha?	FADO30
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3370035
SAME:	1025297

Período: 25/08/2019 14:43 - 25/08/2019 14:44

MARIA DE FATIMA SOARES GUERRA - COREM: 49820 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Procedido: AMPLIAR DE URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: COLISÃO BIKE-CARRO HÁ 1 DIA + PERDA DA CONSCIÊNCIA + FT MIE + DOR.

Síndrome(s) principal: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Distúrbio(s) principal(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Livres: - RÉGUA DE DOR: 5
- FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 18.00 FPM

Acolhido(a) por: MARIA DE FATIMA SOARES GUERRA - COREM: 49820 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/08/2019 14:41

*Jan
Amorim*

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 426036

Id. Nasc.: 28/06/98 - 21 ans (a)

Sexo: Masculino

Mae: SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 9878-7624

Endereço: R. DOUTOR FLAVIO FERREIRA DA SILVA MAROJO, Nº 190, SAN MARTIN, RECIFE - PE

Data/Hora: 26/09/2019 - 11:06

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO: NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

17:48 COLISÃO BICICLETA-CARRO HÁ APROX 1H. VEM COM DOR NO JOELHO, MAS COM MOBILIDADE PRESERVADA.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °C

PA: x mmHg.

HEt: mg/dL.

A. Q. D. NEN

E: ESCORAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM, SEM CREPITAÇÕES.

CONDUTA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Exams Complementares/Resultados:

RX DE PLATO TIBIAL LATERAL E FÍBULA ESQUERDOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?> | CÔNDILOS ?> DA TÍBIA COM OU SEM MENÇÃO DE EFÍFISE PROXIMAL ?> FRATURA DO PERÔNIO | FÍBULA | TIBEROSIDADE ?>

OBSERVAÇÕES:

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Especialidade: ORTOMATO

Senha: 8757228

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS (NÃO

*Fabiana Emerenciano
Médica
CRM 17153-PE*

Dra. FABIANA WANDERLEY EMERENCIANO
CRM: 17173

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



Rua Apolônio Calmon, 200 - Telêmaco - Recife-PE, CEP: 50920-340 - Fones: (81) 3182-8545 / (8182-8530 Email: olaymed@at355b68@gmail.com



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ: 10.672.046/0004-70



2 de 3

Pedido: 552888

Prontuário: 1025297

Data do cadastro: 27/06/2019

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

Data de Nasç.: 28/05/1998

Idade: 21a 1m 30d

Sexo: M

Sector Solicitante: UNO TRAUMATOLOGIA POSTO II

Enferm/Leito: TRAU 19

Nome da Mãe: SANDRA MARIA DA CONCEICAO

Médico Solicitante: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO CRM: 27898

POTASSIO DATA DE COLETA: 27/09/2019 12:03

Material: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valor de Referência

Resultado: 3,8 mmol/L

3,5 - 5,1 mmol/L

francieleide

Liberado por MARIA FRANCIEIDE SILVA - CRF: 01724 - 27/09/2019 14:01

SÓDIO DATA DE COLETA: 27/09/2019 12:03

Material: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valor de Referência

Resultado: 141 mmol/L

137 - 145 mmol/L

francieleide

Liberado por MARIA FRANCIEIDE SILVA - CRF: 01724 - 27/09/2019 14:01

UREIA DATA DE COLETA: 27/09/2019 12:03

Material: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valor de Referência

Resultado: 22 mg/dL

19 - 43 mg/dL

francieleide

Liberado por MARIA FRANCIEIDE SILVA - CRF: 01724 - 27/09/2019 14:01

francieleide

MARIA FRANCIEIDE SILVA

CRF: 01724

Rua Aprígio Guimarães, S/n - Tejipió - Recife PE, CEP: 50320-640 - Fones: (81) 3182-5540 / 3182-8533 Email: francieleide@hnmf.com



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ 16.072.048/0004-70



Pág. 1

Pedido: 552909

Prontuário: 1026297

Data do cadastro: 27/08/2019

Nome: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

Data de Nascimento: 28/03/1988

Idade: 21a 1m 30d

Sexo: M

Sector Solicitante: UNB TRAUMATOLOGIA POSTO II

Enferm/Leito: TRAU 19

Nome da Mãe: SANDRA MARIA DA CONCEIÇÃO

Médico Solicitante: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO CRM: 27803

HEMOGRAMA COMPLETO Data da Coleta: 27/08/2019 10:03

Materia: SANGUE TOTAL COM EDTA

Método: Automatizado - SISMEX XN 1000 - com. Revisão de Lâmina

ERITROGRAMA

			Valores de Referência
Hemácias.....	4.7	mill/mm ³	4,7 - 5,1
Hemoglobina.....	13.2	g/dL	14,0 - 18,0
Hematócrito.....	37.5	%	42,0 - 52,0
VCM.....	79.8	fL	80 - 100
HCM.....	28.1	pg	27,0 - 31,0
CHCM.....	35.2	g/ dL	32,0 - 36,0
RDW-CV.....	34.6	%	11,0 - 15,0
RDW-SD.....	11.9	fL	

LEUCOGRAMA

Leucócitos.....	7.890	/mm ³	3.600 - 10.000
	(%)	(/mm ³)	Relativo (%) Absoluto (/mm ³)
Blastos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Basófilos.....	0	0	0.0 - 4.0 0.0 - 520
Segmentados.....	63.9	4253	50.0 - 75.0 1.750 - 9.750
Eosinófilos.....	3.2	252	1.0 - 8.0 350 - 1.040
Basófilos.....	0.8	39	0.0 - 2.0 0.0 - 260
Linfócitos Típicos.....	33.1	2612	20.0 - 40.0 70 - 5.200
Linfócitos Atípicos.....	0	0	0.0 - 2.0 0.0 - 260
Monócitos.....	3.1	734	4.0 - 15.0 45 - 1.690

CONTAGEM DE PLAQUETAS:

MPV.....	10.2	fL	Valores de Referência 150 - 450
PDW.....	11.1	fL	8,0 - 11,0

ASPECTOS CITO-MORFOLÓGICOS

Elaborado por FRANCISCO IVO DE OLIVEIRA - CRM: 0903 27/08/2019 16:43

Maria Francieleide Silva

MARIA FRANCIELEIDE SILVA

CRM: 011724

Rua Araújo Guimarães, 58 - Tejido - Recife-PE. CEP: 50020-050 - Fone: (51) 3182-8545 / 3182-8530 E-mail: clayton@ceslab3@clonal.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Dani Alberto da Conceição

IDENTIFICADO EM

IDENTIFICADO EM

VALIDAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

9.242.534 02/04/2018

<< DANI ALBERTO DA CONCEIÇÃO >>

<< >>

<< SANGRA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

RECIFE - PE 28/06/1998

<< CH. 74542 L. 53 F. 57 CART. 800157 >>

RECIFE - PE 16.12.1998

709.531.034-39

LE 11.100 DE 1990

11.06.2012 11:00:04 20180402

PR 54.704

[illegible]



19400 - April 20, 1965

SEGURO OP'AT - PROTOCOLO DE RECEPCO DE DOCUMENTOS

INVALIDE PERMANENTE E DAME ID

IDENTIFICATION

[illegible]

2017年12月29日

· DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

2008: www.lashopante.lego.com É QUEM DESMISTIFICA A VITÓRIA MENOR, DE 11 A 15 ANOS. PODE SER PUOLINO?

DOCUMENTS BY SICS - DUNS

- f) o registro de cada item da exposição é fundamental para a futura administração e controle
- g) controle de materiais em função do caráter de movimento e circulação de materiais no sistema de tratamento e limpeza química de resíduos sólidos e líquidos
- h) o tipo de matéria, sua quantidade e destino
- i) o material do qual são constituídos, natureza, uso, destino, armazenamento, disposição e o tratamento a ser dado ao resíduo simples e complexo
- j) os procedimentos de análise e destino para resíduos líquidos, gases, vapores ou outros
- k) o risco de contaminação e a adoção de medidas preventivas, no respectivo local de armazenamento, análise e destino
- l) o controle de acesso ao local, em função da natureza, riscos e destino, com o acompanhamento da exposição (contínuo)
- m) a autorização de visitantes e controle de frequência (visitação), com documentação que comprovem os dados necessários, tais como: origem do material, origem do material enviado

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 1) () A CATEGORIA DE TRABALHO DESENVOLVIDO NÃO REPRESENTA UM RISCO DE ACIDENTE OU DOENÇA DE CARÁTER OCUPACIONAL, PORQUE O TRABALHO NÃO É DE CARÁTER MANOBRAL OU OPERÁRIO E LIGADO AO CUIDADO DE PACIENTES (NÃO É DE RISCO);

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- [illegible]

— ПОРЯДОК ОБОБЩЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Date 28 Nov 19
 SENTINEL FOUO 14955 SAC AP
 Signature [Signature]

REF ID: A67628

三

[illegible]

WILLIS

August 1974

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Convênias do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-01227/2/19

Vítima: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

CPF: 709.531.034-39

CPF do: Próprio

Data do acidente: 25/03/2019

Título do CPF: DAVI ALBERTO DA
CONCEICAO

Seguradora: GUNTIL SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médica-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.954-69

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

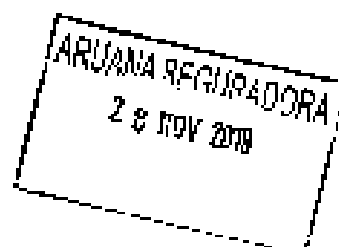
Documentos de identificação

Procuração

DAVI ALBERTO DA CONCEICAO : 709.531.034-39

Autorização de pagamento

Comprovante de residência



ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.954-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: ABERILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.284.474-40

ABERILDA MARIA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190665845 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA E DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. P3,12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190665845 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA E DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. P3,12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: DAVI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

NACIONALIDADE: BRAZILEIRO

IDENTIDADE: 9.242.534 ORGAO: 3DS / PE

CPF: 708.531.084-39

ESTADO CIVIL: Soltero

ENDEREÇO: R. DR.º FERREIRO DA SILVA FLAVIO MAROJA, 239, TORREB
P. F. 4. RE. / PE

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

1DE%TFDQDE: 6.141.955 505/PF

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDERECO: Rua Antônio José Fernandes Machado, 233 – Várzea – Redenção/PA

Cap: 50,970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares corpo de bombeiro e samu para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito o senhor (a):

DANI ALBERTO DA CONCEIÇÃO

© 2005 by the author. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the author.

Data do Acidente: _____.

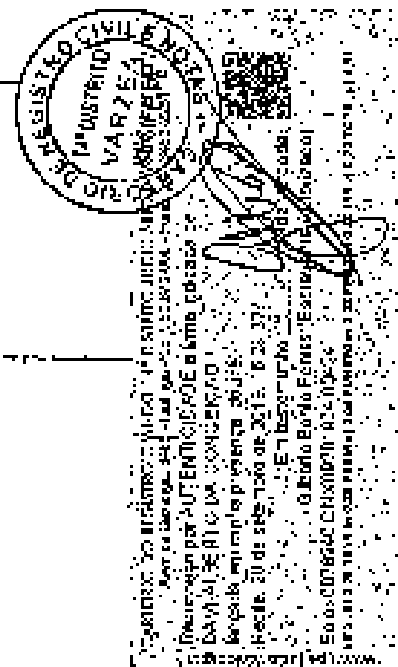
Freitag 20. September 2019

Local e data

Devi della gravità

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422772/19

Vítima: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

CPF: 709.531.034-39

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: DAVI ALBERTO DA CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

DAVI ALBERTO DA CONCEICAO : 709.531.034-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA