



01/07/2020

Número: **0016393-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

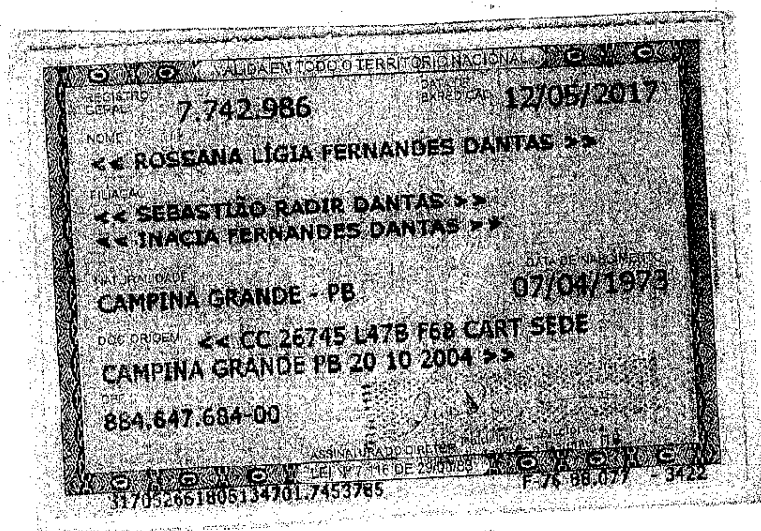
Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64018602	01/07/2020 11:38	ANEXO 1	Outros (Documento)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **095.290.724-06**

Nome: **ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **20/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/05/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:18:41** do dia **13/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B3C7.186D.A408.1719**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / RP
7661222-808 DE

CID
099-290-724-06

DATA NASCIMENTO
20/12/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO MARCEL DE OLIVEIRA
ANA CRISTINA DA SILVA OLIVEIRA

CPF
02977662222

DATA EMISSÃO
12/04/2015

ASSINATURA
Adriano A. de Oliveira

LOCAL
BRASIL - DF

DATA EMISSÃO
07/04/2015

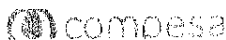
ASSINATURA DO DETRAN
[Assinatura]

NUMERO DO DETRAN
03508213080
DE062693295

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

1024550753





COMPESA
ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. 00031 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATR. CULA 103668667 - Dez/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO DA ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO DO PESSOAL POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	SITUAÇÃO DE CONDIÇÃO DE USO COM. SOCIAL INDUSTRIAL 1	PÚBLICA
HIIDROMETRO A175224252	DATA DE ANTERIOR 29/11/2019	DATA DE ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/L) MÉDIA HD	

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

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIAL CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXTG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
11/2019 01	48	48	45
10/2019 01	48	48	32
09/2019 01	48	48	48
08/2019 01	48	48	47
07/2019 01	48	48	48
06/2019 01	48	48	48

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TCTA (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,03
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIQUAÇÃO 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 12/2019		2,01

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
108,92	1,65	1,80
108,97	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

MENSAGEM:
PROBLEMAS COM A FÉRIAS? LIGUE ALCOLÓGICOS ANONIMOS
(81) 3221-3592/98476-3207



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.290.724-06 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.290.724-06

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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Numero 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538 0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 09 de Março de 2020

Josaph Ogeir Fernandes
Assinatura do Declarante



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
Ouvidoria 0800
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados d
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefun
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

MARLY FERREIRA DA SILVA
CPF: 697.617.104-20 NIS: 12289276326

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET DA MIRUEIRA 34

STA CASA/OLINDA
53200-000 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL
414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se
encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de
atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

07/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

5,79

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

090550161

CONTA CONTRATO

007002983898

Nº DO CLIENTE

2002752908

Nº DA INSTALAÇÃO

0002125275

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

0B74.4C14.FA98.CF0E.81E7.9183.6B5E.7F60

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18790701	5,63
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,12
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,04
TOTAL DA FATURA			5,79

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	De Receb	Valor	Vencido	De Receb	Valor
04/09/18	28/09/18	98,02	04/05/18	28/05/18	21,7
03/08/18	28/08/18	93,23	04/04/18	28/04/18	20,7

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla
débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois
faturamentos, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também exis-
tir cobrança conforme os critérios definidos na Ar. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer a
cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERA

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18328450

HISTÓRICO DO CONSUMO

DEZ	19	
NOV	19	
OUT	19	
SET	19	
AGO	19	
JUL	19	
JUN	19	
MAI	19	
ABR	19	
MAR	19	
FEV	19	
JAN	19	
DEZ	18	

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	5,79	0,44	0,02	5,79	2,02	0,11

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003162418731	CAT	27/11/2019	4.489,00	23/12/2019	4.492,00	31	1,00000	0,00	3,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 28/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.
			out/2019	
DIC-Nº de horas sem energia		0,00	0,00	0,00
FIC-Nº de vezes sem energia		0,00	0,00	0,00
UMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 0,00	
ELSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,36				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, UMIC e DICRI a qualquer				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! dir: avenida João Paulo II mirueira / top rãões: avenida Benjamin
fragoal. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 28/04/02 - R\$ 11,58.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

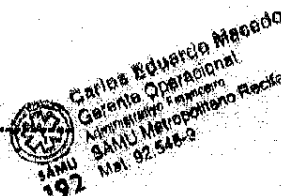
Nº DA	084.12.2019
DATA	27.12.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA**, portador do Documento de Identidade nº **7661222** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **095.290.724-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-717975**, que no dia 06 de dezembro de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 19h05, na ROD BR-101, imediações a Escola Técnica, na descida do UR-05, no bairro Ibura, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro.
Recife, 27 de dezembro de 2019.

Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife



SAMU-METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



581542
0088600/20

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE IBURA

10ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 10ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA -
DP10ªCIRC DIM/3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 20E0100000162

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/01/2020 às
10:15

Complemento e DO Número: 20E0100000102

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 21/12/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR 101 SUL, 4 - Bairro: IBURA -
PERNAMBUCO/BRASIL - Pontos de Referência: PROXIMO DO
TREVO URSALINA
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL / BR101 SUL/IBURA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
PROD AUTOMOTIVO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse
do(s) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Mãe:
ANA CRISTINA DA MOTA OLIVEIRA Pac Amydalis RAMONEL DE OLIVEIRA Data de
Nascimento: 28/12/1982 Nacionalidade: VICINHOA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
701122/2007 (RG), 000007244 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª.
GRAU COMPLETO - Fonecelo: 0167010111
Endereço Residência: ESTRADA DA MINHEIRA, 10 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO TERMINAL DE SANTA
CASA, OLINDA

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido, Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO

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

21/01/2020 09:14



FREIO (PROD AUTOMOTIVO) de propriedade do(a) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: PARTES NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Descrição: FREIO OBJETO QUE CAIU DE UM CAMINHÃO QUE TRANSITAVA NA BR104, SUL.

MOTO HONDA PLACA PCC5875/FE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a) ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA. Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa PCC5875 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCOOL/GASOL
Descrição: MOTO PLACA PCC5875/FE DE PROPRIEDADE DA VITIMA A QUAL ERA PILOTADA PELO MESMO NA OCASIÃO DO ACIDENTE.

Complemento / Observação

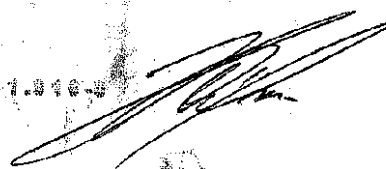
COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SENHOR ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA COMUNICANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA BR104 SUL, QUANDO ENTROU NA CURVA DA SERRA QUE DÁ PARA URSO, QUANDO DE REPENTE COLIDIU COM UM CAMINHÃO CARREGADO DE MADEIRA QUE SOLTOU UM PAU E VEIO AO SEU ENCONTRO CAUSANDO O ACIDENTE, QUE JOGOU A VITIMA AO CHÃO O CAMINHÃO SE EVADIU A VITIMA FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU METROPOLITANO DO RECIFE, E FOI LEVADO PARA O HOSPITAL MARVIDA DO ESPINHEIRO DEU ENTRADA COM DATA 12.07.2019, NADA MAIS ACRESCENTAR, PODE PROVIDENCIA POLICIAL ADIANTO QUE A MOTO HONDA FAR, DE COR PRETA 199CC, ANO 2010 PLACA PCC5875/FE, CORRENTE 120055422 E DE PROPRIEDADE DA VITIMA E QUE NA OCASIÃO DO ACIDENTE ERA PILOTADA PELO MESMO.

Assinatura do(s) possua(s) presente nesta unidade policial

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

Adriano A. de Oliveira

S.O. registrado por: JUAREZ FELIX DA SILVA - Matrícula: 341.946-5



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
RECIFE

21/01/2020 09:14



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 610ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA -
CP10ª CIRC DIMI3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 2020100000102

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/01/2020 às
11:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 08/12/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR 101 SUL, 91 - Bairro: IBURA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO DO
TREVO UNAS, IBURA
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

PROD AUTOMOTIVO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em
posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANA CRISTINA DA MOTA OLIVEIRA Pai: ANTONIO MANOEL DE OLIVEIRA Data de
Nascimento: 28/12/1982 Naturalidade: VIGENCIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7001222/000/PE (RG) 05520872406 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª:
GRAU COMPLETO Profissão: ELETRICISTA
Endereço Residencial: ESTRADA DA MINUEIRA, 14 - CEP: 55085-000 - Bairro: AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO TERMINAL DE SANTA
CASA, OLINDA

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

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

PNEU (PROD AUTOMOTIVO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava
em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

14/01/2020 11:02



Descrição: PNEU.

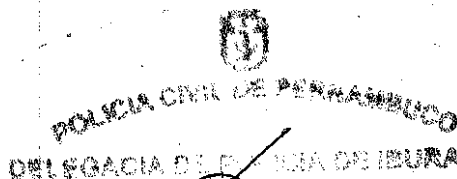
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA O JENIOIR ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA COMUNICANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA BR101 SUL, QUANDO ENTROU NA CURVA DA DECIDA QUE DAR PARA UNES, QUANDO DE REPENTE ORÇOU POR UM CAMINHÃO CARREGADO DE PNEU USADO QUE SOLTOU UM PNEU E VEIO AO SEU ENCONTRO CAUSANDO O ACIDENTE, QUE JOGOU A VITIMA AO CHÃO, O CAMINHÃO SE EVADIU, A VITIMA FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL METROPOLITANO DE RECIFE,, E FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE VÍCIO DE ESPINHEIRO DEB ENTRADA COM Nº 12.2000, NADA MAIS APRESENTAR, BEM PROVIDENCIA POLICIAL.

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

Adriano A. Antonio de Oliveira
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por *ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR* - Matrícula: 2847519


POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IGURA

14/01/2020 11:02



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

095.290.724-06 ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0037800 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há impedimento de apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de preenchimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalo uma das opções:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 095.290.724-06 4 - Nome completo da vítima: ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 095.290.724-06
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: ET. DA MIRUEIRA 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SANTA CASA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.200-000
15 - E-mail: balbino@poco@hotmail.com.br (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0069

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0037800 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de apresentação de laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de preenchimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalo uma das opções:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____





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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111756

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

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

Multa:	RS 0,00
Juros:	RS 0,00
Total creditado:	RS 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = RS 2.362,50

Recebedor: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001606-3

Conta: 0000037800-3

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





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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111756

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

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, contados 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

Carta nº 15603988



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01606-3

CONTA: 000000037800-3

Nr. Autenticação

BRABESCO2003202005000000000023701606000000037800236250 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111756

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 06/12/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: ELETRICISTA
Identidade: 7661222 SDS/PE CPF: 095290724-06
Endereço: ET DA MURCIBA, Nº 34, STA CASA / OLINDA-PE,
CEP. 53200-000

PROCURADOR(A):

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 06/12/2019, cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



PAULISTA 15/04/2020
Local e data

Adriano A. de Oliveira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

SNS SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO
Titular: Esmeralda de Azevedo Carvalho - Subst. Titular: Amália de C. S. Silva
PE: 15.011/2020-05:14:19 - CENPRO: 15.011/2020-05:14:19 - FONE: (81) 3433-0066

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2020-000770

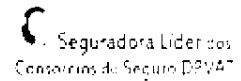
Reconheço por autenticidade a firma de
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Col. nº: 15/01/2020-05:14:19
SELO DIGITAL: 0077644 SKY: 2201901 04397
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selo digital
ENCL: 1 63 TSNR: 0.02 PERC: 0.41 ISS: 0.08
FERN: 0.04 FUNSEG: 0.08

Manoela da Silva
MARIA JOSE DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

SELO DE NOTAS E PROTESTO
Esmeralda de Azevedo Carvalho
ABRIL 2020
3433-0066
SNS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088600/20

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

CPF: 095.290.724-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA : 095.290.724-06

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: 11/03/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111756

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 06/12/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

03/01/2020 12:03

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19411604	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/1	

Profissional(is): FELIPE NUNES DA SILVA CRM 208.811	Nº: 15968911	06/12/2019	às 19:26
---	--------------	------------	----------

ANAMNESE		
Queixa Principal	paciente trazido pelo SAMU após queda de moto há 40 min - refere dor em torax e antebraço esquerdo Ao exame: consciente e orientado; coluna sem dor palpação Dor palpação hemitorax esquerdo deformidade e ferimento puntiforme em antebraço esquerdo neurovascular preservado solícito rx tala axilo analgesia aciono sobreaviso	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
19412338



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

06/12/2019 21:47:48

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8802824	ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	M	20/12/1992	26
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
7661222 SDS PE	9529072406		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RIO EMOS 16 MIRUEIRA PAULISTA-PE CEP:53405290				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		ANA CRISTINA DA MOTA OLIVEIRA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
06/12/2019	21:28		
Médico Atendente		Clínica	
1497596 FELIPE NUNES DA SILVA		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
1497596 FELIPE NUNES DA SILVA		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	DINAMO ENGENHARIA LTDA EPP	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
52200001263003027			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
	501 - A		
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
14510513	99996666	D43595934	INTERNACAO
14510513	52070107	D43595934	FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO

OMES QUIRINO





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 02:28

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300543/2	

Profissional(is): THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO-MEDICO CRM 28936 (1)	Nº: 15972074	07/12/2019	às 02:21
---	--------------	------------	----------

DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S523		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		[1]
ANESTESIA			
Hora De Início	00:40		[1]
Hora De Término	2:15		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	07/12/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	02:21		[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS ANTEBRAÇO ESQUERDO		[1]
Cirurgião	THIAGO COUTINHO		[1]
Anestesista	SHEILA		[1]
Instrumentador	ISABEL / DARLENE		[1]
Descrição Cirúrgica	1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3) VERIFICADA EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA EM REGIÃO ULNAR DE ANTEBRAÇO ESQUERDO +/- 2 CM 4) INCISÃO DIRETO SOB ULNA, DIVULSAO POR PLANOS, VERIFICADA FRATURA COMINUTIVA COM 4 FRAGMENTOS NÃO PASSÍVEIS DE REDUÇÃO EM DIAFISE DE ULNA 5) INCISÃO DE THOMSON + DIVULSAO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DE FRATURA SIMPLES DE RÁDIO 6) REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO COM PLACA 3,5 DE 7 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS 7) APÓS TER GANHO ALTURA E COMPRIMENTO NO RÁDIO, REALIZADA FIXAÇÃO DA ULNA COM PLACA 3,5 DCP DE 8 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS 8) VERIFICADA REDUÇÃO NA ESCÓPIA COM BOA REDUÇÃO DE RÁDIO E REDUÇÃO COMINUTA DE ULNA MAS COM MANUTENÇÃO DE ALTURA E COMPRIMENTO 9) HEMOSTASIA + SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2 E NYLON 3 10) CURATIVO, COMO FRATURA DA ULNA COMINUTA DEIXO TALA AXIOPALMAR 11) A SR		[1]

Thiago Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
PE 23.935



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 00:43

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300543/2	
Profissional(is): ROSEANE DA SILVA NORONHA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1049867/11		Nº: 15971710 07/12/2019 às 00:41	

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	07/12/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	01	[1]
Cirurgia	fratura de antebraço	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CO		
Sector De Admissão Do Paciente	bc	[1]
Identidade Do Paciente	sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	sim.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	sim.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	não se aplica.	[1]
Exames Complementares	sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	não.	[1]
Tricotomia	sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	não se aplica.	[1]
Paciente Refere Alergia		
Especificar	sim	[1]
Paciente Está Em Jejum	sim.	[1]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	sim	[1]
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirúrgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	não se aplica.	[1]
Checação Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	sim.	[1]
Via Aérea Difícil	sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	não se aplica.	[1]

Dr. Thiago Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23.305

Rafaela Batista de Almeida
Cirurgia Geral
CRM-PE 23.394

Dra. Sherry Teixeira
Anestesiologista
CRM-PE 23.394



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 00:43

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300543/2	

Kit Cirúrgico Completo Em Sala	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
ANTES DA INCISAO CIRURGICA		
Membros da Equipe Cirúrgica	sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.	[1]
Paciente Certo	sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[1]
ANTECIPACAO EVENTOS CRITICOS		
Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	sim.	[1]
Antibiotico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[1]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[1]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[1]
AO TERMINO DO PROCEDIMENTO		
Orientação De Posicionamento De Membros	sim.	[1]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[1]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	sim.	[1]
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	sim.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[1]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao Procedimento	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao Procedimento		
Especificar	sim	[1]

Sergio Henrique de Sales
COREN-PR 396.411 - TE



Hospital do Espinheiro

Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Adriano Antonio de Oliveira ID: _____
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Data da Admissão: 06/05/19 Hora: _____ Apto: _____ Enfer: _____

ORIGEM DO PACIENTE:

☐ Emergência ☒ Residência ☐ Posto Enfermagem ☐ Outro Hospital
☐ Deambulando ☐ Maca ☐ Cadeira de Rodas ☐ CC/CO

MEMBRO ACOMETIDO:

TIPO DE CLÍNICA: ☐ MÉDICA ☒ CIRÚRGICA

HD: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

PACIENTE QUANTO A COOPERAÇÃO:

☒ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☒ Calmo ☐ Agitado ☐ Ansioso ☐ Irritado ☐ Agressivo

PADRÃO DO SONO:

Concilia sono: ☒ Sim ☐ Não Motivo: _____

CAPACIDADE DE COMPREENSÃO DO PACIENTE:

☒ Adequada ☐ Regular ☐ Não compreendida Motivo: _____

Internações anteriores ☐ Não ☐ Sim Causa: _____

Doenças/ Distúrbios

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Hepatites ☐ Hipo/Hiper
☐ Tabagismo ☐ Alcoolismo ☐ Obesidade ☐ Outros

☒ Nega

ALERGIAS

☐ Medicamentos ☐ Soluções ☐ Alimentos ☐ Quais: _____

☒ Nega

Antecedentes Familiares

☒ H.A.S. ☐ Cardiopatias ☐ Outros

☒ Nega

Medicações de uso Crônico:

Início da Doença:

EXAME FÍSICO

Peso: _____

Altura: _____

SSVV -

T: _____

PA: _____

FR: _____

FC: _____

SAT: _____

Nível de consciência / Orientação: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐
Comatoso ☐ Torporoso

Movimentação: ☐ Deambula ☐ Deambula com ajuda ☐ Não deambula ☐ Hipoativo ☐ Hiperativo ☐ Acamado

MMSS: ☒ Sem anormalidades ☐ Amputado /insistente ☐ Edema ☐ Com fixação externa ☐ Tala gessada ☐ Gesso

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva ☐ Imobilizado Déficit motor: Parcial ☐ Total ☐

MMII: ☒ Sem anormalidades ☐ Amputado /insistente ☐ Edema ☐ Com fixação externa ☐ Tala gessada ☐ Gesso

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva ☐ Imobilizado Déficit motor: Parcial ☐ Total ☐

CABEÇA: COURO CABELADO:

☒ Sem anormalidades ☐ Seborréico ☐ Presença de parasitas LESÕES: ☐ Frontal ☐ Parietal ☐ Temporal ☐ Occipital



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA		Dt. Nasc. 20/12/1992		Atendimento: 19412338	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 11201808		Prontuário: 8802824	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE		Leito: 3005432		Peso: 80.00 kg	
1. DIETA: BRANDA-ADULTO / HIPERPROTEICA / HIPERCALORICA 4/4h ORAL CRM-23935					
2. CEFALOXINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 6/6h EV CRM-23935 (DI/2) Agua Destilada 10 ml					
3. PROFENID IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/100MG) 12/12h EV CRM-23935 Soro Fisiologico 100 ml					
4. DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV SN CRM-23935 Agua Destilada 18 ml					
5. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV CRM-23935 Soro Fisiologico 100 ml					
Alta vigilância					
6. CURATIVO EXTRA GRANDE 24/24h CRM-23935					
7. CURATIVO COM AJADURA E GAZE ACOCHOADA 24/24h CRM-23935					
Profissionais: CRM-23935		THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO			

Dr. Thiago Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23.935

RP1541

THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO

IP: 10.1.32.209

07/12/2019 02:21



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 2

Emissão 07/12/2019 03:03

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc.: 20/12/1992
Nº Prescrição: 0011201808
Letto: 300543/2
Atendimento: 19412338
07/12/2019 às 02:18
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 8802824

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETABRANDA-ADULTO / HIPERPROTEICA/HIPERCALORICA	4/4h	ORAL		06:00 ; 10:00 ; 14:00 ; 18:00 ;
2. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1g	1 FRAP (FRAP C/1GR) 10 ml	6/6h EV	06:00 ; 08:12- 02:00 ;
3. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/100MG) 100 ml	12/12h EV	06:00 ;
4. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 18 ml	6/6h EV	SN
5. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 100 ml	8/8h EV	06:00 ;
Alta vigilância				
6. CURATIVO EXTRA GRANDE	24/24h			
7. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA	24/24h			

Reservado para o SIND
ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Márcio de Souza
LUIZ CARLOS DE SOUZA

PA120X1



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 06:18

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 101-P1/1	
Profissional(is): ERENILDA LEONARDO DOS SANTOS TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1239780		Nº: 15972179 07/12/2019 às 03:04	
ERENILDA LEONARDO DOS SANTOS COREN 1239780 [2]			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ			
Hora	02:45		[1]
Hora			
Descrição	RECEBO E EVOLUO PCT VINDO DO BC PÓS DE FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQ CONSCIENTE ORIENTADO AFEBRIL EUPNEICO NORMOTENSO NORMOCORADO SONOLENTO VERBALIZANDO NEGA TUDO SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM		[1]
Hora	06HS		[2]
Hora			
Descrição	PACT MEDICADO CPM SSVV CCGG		[2]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE			
Hora			
Descrição	PACT MEDICADO CPM SSVV CCGG		[2]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			

22:00 - Admitido paciente vindo de sua residência para tratamento cirúrgico. Encomendado ao BC.

[Assinatura] 1239780

Maria Eduarda de M. Menandro
COREN-PE 1239780



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SÓM SERV MED LTDA - HE

08/12/2019 19:05

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA Dt. Nasc.: 20/12/1992 Atendimento: 19412338 Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 1 ANDAR - HE Leito: 101-P1/1
Profissional(is): CARLOS MARQUES DA SILVA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1186858 Nº: 15987438 08/12/2019 às 15:52

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora	07HS	[1]
Hora		
Descrição	Recebe plantao com Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, afebril ao toque, deambulando, Dieta via oral com boa aceitação, Segue sob os cuidados de enfermagem.	[1]
Hora	12HS	[1]
Hora		
Descrição	MEDICAÇÃO CPM + SSVV	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

Hora	18HS	[1]
Hora		
Descrição	MEDICAÇÃO CPM + SSVV	[1]
Hora	19HS	[1]
Hora		
Descrição	ENCERRO O PLANTAO SEM ALTERAÇÃO SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Carlos Marques da Silva
COREN 1186858-TE
185858



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão:

09/12/2019 09:29

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1 ANDAR - HE

Id. Nasc. 20/12/1992

Nº Prescrição: 11208624

09/12/2019 às 09:22

Atendimento: 19412338

Prontuário: 8802824

Peso: 80,00 kg

Leito: 106-P11

1. DIFA. BRANDA-ADULTO/HIPERPROTECA/HIPERCALORICA	414h	ORAL				CRM-16684
2. CEFZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1g	1 FRAP (FRAP C/1GR)	66h	EV		CRM-16684
	Agua Destilada	10 ml				
3. PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	12/12h	EV		CRM-16684
	Soro Fisiológico	100 ml				
4. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	66h	EV	SN	CRM-16684
	Agua Destilada	18 ml				
5. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/100MG)	86h	EV		CRM-16684
	Soro Fisiológico	100 ml				
6. CURATIVO EXTRA GRANDE			24/24h			CRM-16684
7. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHADA			24/24h			CRM-16684

Profissionais: CRM-16684

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dr. José Venancio de Oliveira, O.Jr.
Médico Otorrinolaringologista
CRM-16684
11208624

RP1541

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

IP: 10.1.32.208

09/12/2019 09:29





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/12/2019 17:26

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Dt. Nasc.: 20/12/1992

Atendimento: 19412338

Prontuário: 8802824

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Leito: 106-P1/1

Profissional(is): ELAINE CRISTINA DA SILVA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 97717011 Nº: 16000609 09/12/2019 às 17:24

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora 07:00 [1]

Hora [1]

Descrição EVOLUO PCT EGR PÓS DE FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQ CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, AVP EM MSD, DIETA V.O COM BOA ACEITAÇÃO, NEGA TUDO SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. [1]

Hora 12:00 [1]

Hora [1]

Descrição VEREFICADO SSVV, MEDICADO CPM. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

Hora 14:00 [1]

Hora [1]

Descrição MEDICADO CPM. [1]

Hora 17:00 [1]

Hora [1]

Descrição PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Elaine Cristina da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN 97717011



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/12/2019 16:43

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA Dt. Naso.: 20/12/1992 Atendimento: 19412338 Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE Leito: 106-P1/1

Profissional(is): THATIANY ARCANJO MOREIRA ENFERMEIRA COREN 399722 [1] Nº: 16000025 09/12/2019 às 16:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

HD: 3º DPO DE FRATURA EXPOSTA RÁDIO ESQUERDO

[1]

08:10hs Paciente em EGR, consciente, orientado, contactua verbalmente, conciliou bem o sono, pupilas isocóricas e fotoreagente a luz, eupnéico em ar ambiente, normocorado, normotenso, afebril, integridade tegumentar preservada, dieta por VO com boa aceitação, A.V.P em MSD pérvio, abdomen plano e indolor à palpação, MID com Imobilização gessada, diurese e evacuação presentes, sem queixas no momento, segue aos cuidados da enfermagem.
16:30hs Em tempo, paciente avaliado pelo cirurgião, retira imobilização gessada, renovo curativo em FO limpa, retirado A.V.P, RX de controle realizado, recebe alta hospitalar.

DISPOSITIVOS

Sem Dispositivos Invasivos

Sim

[1]

Thatiany Arcanjo
Enfermagem
COREN 399722



Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 18412339	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 106-P1/M	
Profissional(ie): FRANCISCO REBSON ALVES DE REBO MEDICO CRM 159711	Nº: 1590852	07/12/2019	às 15:00
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente	D1 PÓS-OPERATÓRIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO; EM TEMPO, AGUARDA TROCA DE CURATIVO; SEM QUEIXAS ALGICAS; APRESENTA DÉFICIT DE EXTENSÃO DO 4º QDE; SEM ALTERAÇÕES SENSITIVAS APARENTES; CD: MANTIDA (VIDE PRESCRIÇÃO MEDICA); ACOMPANHAMENTO COM EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO; [1]		
Cid10	S623 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO [1]		

Francisco R. 25358





EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

08/12/2019 23:02

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 106-P1/1	
Profissional(s): FRANCISCO ROBSON ROBERTO REGO MEDICO CRM 2415711	Nº: 15990652	08/12/2019	às 22:57
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente	D1 PÓS-OPERATÓRIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO; EM TEMPO, AGUARDA TROCA DE CURATIVO; SEM QUEIXAS ALGICAS; APRESENTA DÉFICIT DE EXTENSÃO DO 4º DDE; SEM ALTERAÇÕES SENSITIVAS APARENTES; CD: MANTIDA (VDE PRESCRIÇÃO MÉDICA); ACOMPANHAMENTO COM EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO;		
Cid10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		

Francisco R. 25354



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/12/2019 16:26

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 106-P1/1	
Profissional(is): LEONARDO PINHEIRO CARVALHO, MEDICO, CRM 17884 [1]		Nº: 15999495	09/12/2019 às 16:06
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]	[1]	
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]	
RESUMO CLÍNICO			
Evolução E Intercorrências	PACIENTE SUBETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO	[1]	
ORIENTAÇÕES GERAIS			
Orientações Diversas	1) RETORNO PARA REVISÃO NA PRÓXIMA SEGUNDA-FEIRA, NA HAPCLÍNICA RECIFE, NA RUA DO ESPINHEIRO; 2) O RETORNO DEVERÁ SER MARCADO PRESENCIALMENTE [OU POR PARENTE COM A CARTEIRINHA DO USUÁRIO], COM ANTECEDÊNCIA; 3) QUALQUER PROBLEMA PROCURAR A EMERGÊNCIA 24H DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO; 4) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;	[1]	

Ata Hospitalar
 Dr. Leonardo Carvalho
 CIRURGIÃO DE MÃOS E PERNAS
 CRM 17.884 / SSB 17.516





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 03/01/2020 12:04

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA		Dt. Nasc.: 20/12/1992		Atendimento: 19411604	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 11201036		Prontuário: 6802824	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300217/1		Peso: kg	
1. IRAMAL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/ 50MG)	Agora	EV	CRM-20818
Alta vigilância					
2. DIPICINA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agora	EV	CRM-20818
Água Destilada					
3. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	Agora	EV	CRM-20818
Soro Fisiológico					
4. TALA AXILO PALMAR	1	Agora	nsa		CRM-20818
5. DIPICINA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agora	EV	CRM-20818
Água Destilada					
6. IRAMAL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/ 50MG)	Agora	EV	CRM-20818
Alta vigilância					
7. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	Agora	EV	CRM-20818
Cloro De Sódio 0.9%					
Profissionais: CRM-20818 FELIPE NUNES DA SILVA					

RP1541

ROMULO VALENTIN DA SILVA

IP: 10.1.22.139

03/01/2020 12:04



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 095.290.724-06

Nome: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 20/12/1992

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 09/05/2008

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 18:18:41 do dia 13/12/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: B3C7.186D.A408.1719

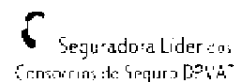


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088600/20
Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 095.290.724-06
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/12/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA : 095.290.724-06

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: 11/03/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Figure 1. The effect of the number of iterations on the accuracy of the proposed algorithm. The accuracy of the proposed algorithm increases with the number of iterations. The accuracy of the proposed algorithm is 0.95 after 100 iterations.

