Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

06/07/2020

Número: **0002235-23.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**
Última distribuição : **26/03/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIO JEFFERSON DA SILVA (AUTOR)	**KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
64212105	06/07/2020 13:23	ANEXO 1	Outros (Documento)

compesa

AVENIDA CRUZ CABUGÁ - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Zona: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1 001.001.396-2
CNPJ: 09.769.035/0 01-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 001305272966 Escritório: BEZ ARUS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MATRÍCULA: 00272966.0 05/2019-7

- SÃO PEDRO SÉ/RAIZ Nº 55600-000

INSCRIÇÃO GRUPO: 15 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00272966.0

ÁGUA ESGOTO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

MEDIDOR DE ÁGUA

OBSERVAÇÕES

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R$
ÁGUA		
RESIDENCIAL UNIDADE		

PIS
COFINS

VENCIMENTO: 20/06/2019 TOTAL A PAGAR: 69,86

compesa

ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810195

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00272966.0 05/2019-7

20/06/2019 TOTAL A PAGAR: 69,86

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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

DADOS CADASTRAIS

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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

■ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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(a)/gravidez? ☐ 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, entendendo, 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.

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Cristiano Henrique Andrade Silva

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)

FPS.001 V002/2019

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José

unicef

FICHA DE ATENDIMENTO | CARTÃO DO SUS: | REGISTRO:
TA: | HORA: | TELEFONE:
OME: | IDADE:
OME DA MÃE:
TA DE NASCIMENTO: / / | ACOMPANHANTE:
D.: | BAIRRO: | N.º
DADE: | SINAIS VITAIS
: mmhh | HGT: mg/dL | T: °C | PESO: kg | Técn. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I – Sinais de Emergência Imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

– Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação
CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo
CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

– Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)
CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1° grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

Vermelho
Amarelo
Verde
Azul

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, a

CAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

RIENTAÇÕES

29 JUL 2013

FICHA DE ATENDIMENTO | Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à | REGISTRO:

Queixas:

Exame físico:

H.D.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1. DECADRON 4MG - 1 AMP. I.M.
2. VOLTAREN - 1 AMP. I.M.
3. FERGRAM - 1 AMP. I.M.

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: / /	SIM ( )
Consulta c/ Observação	Solicitação		NÃO ( )
Indicação (Internamento)	Transferência	Hora:	
	Indisciplina		DIAS:
	Óbito		

Data: / /

Hora:

Dr. BRENO MOURA
CRM-PE
Médico – CREMEPE
(Carimbo)

GO ERNO DO ESTADO DE ERNA
SECR TARIA DE DE ES SOC
O I A C L DE PERN MB C
DELEGAC D POLI A DA 089ª CIRCUNSCR
DPS C RC DINTERI/ ºDESE

BOLET E OC RRÊNCIA Nº. 19E017

Ocorrência reg d ta unidade p no
7 11

C DENTE DE TR ITO C NA NAO AL
co e 6/12 8 no per do da it

BAIRRO DO ALGADO MUNIC PIO DE CARUARU, 1 RUA
CARUARU R MBUC ARUARU PE EMTRO
UR IGA BRASIL

Qualificação da pessoa

FABIO GEFFERSON DA SILV (presos e ao pla o H
MARIA DE FATIMA DA SILVA ANTONIO FRANCIS O DA SIL
19 5/1988 ZERRO PERNAMBUCO B 431
26 945 A
2199 G

A RRO SÃO PEDR B ERR EZE O R
ERROS/PERNA B O/BR E - CEP. 5500 a
PROX AO OPUB

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179001442

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **12:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA TUPY BAIRRO DO SALGADO CARUARU PE** - Bairro: **CENTRO** - **CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FABIO GEFFERSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO GEFFERSON DA SILVA

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

FABIO GEFFERSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo. **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA** Pai. **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **10/6/1988** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9861092/SDS/PE (RG) 71029668493 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Telefones Celulares: - **81991406283**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 58, RUA ROSENO DE ALCANTARA BAIRRO SÃO PEDRO BEZERROS PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. AO NOVO FORUM**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO GEFFERSON DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIT6891** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **906010985** Chassi: **9C2JC30707R064938**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA EM NOME DA ESPOSA DA VITIMA(ANA VERONICA DA SILVA)PROPIETARIA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA E DIA CITADO,ELE E A ESPOSA AMBOS ESTAVAM NA REFERIDA MOTO QUE NO,LOCAL JA CITADO ELA QUE PILOTAVA A MOTO SE DESCONTROLOU DEVIDO A UM ANIMAL QUE TRANSITAVA, NO LOCAL DO FATO,QUE AMBOS CAIRAM CAUSANDO A VITIMA FRATURAS E VARIAS ESCOREÇÕES PELO CORPO,A ESPOSA DA VITIMA FEZ O SOCORRO DO MESMO EM UM VEICULO QUE NO MOMENTO DEU ASSISTENCIA,A VITIMA,SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE AMBOS TEM CONHECIMENTO,QUE AO DA ENTRADA,NO REFERIDO LOCAL A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOP.REGIONAL DO AGRESTE ONDE FOI,FEITO EXAMES E RETORNANDO PARA O HOSP.JESUS PEQUENINO BEZERROS,ONDE FOI CIRURGIADO CONFORME,DOCUMETOS ORIGINAIS ANEXO.PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA.

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

FABIO GEFFERSON DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **José Wilson da Silva** Matricula: **2163306**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIT6891** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **906010985** Chassi: **9C2JC30707R054938**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA EM NOME DA ESPOSA DA VITIMA(ANA VERONICA DA SILVA)PROPIÉTARIA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA E DIA CITADO,ELE E A ESPOSA AMBOS ESTAVAM NA REFERIDA MOTO QUE NO,LOCAL JA CITADO ELA QUE PILOTAVA A MOTO SE DESCONTROLOU DEVIDO A UM ANIMAL QUE TRANSITAVA, NO LOCAL DO FATO,QUE AMBOS CAIRAM CAUSANDO A VITIMA FRATURAS E VARIAS ESCOREÇÕES PELO CORPO,A ESPOSA DA VITIMA FEZ O SOCORRO DO MESMO EM UM VEICULO QUE NO MOMENTO DEU ASSISTENCIA,A VITIMA,SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE AMBOS TEM CONHECIMENTO,QUE AO DA ENTRADA,NO REFERIDO LOCAL A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOP.REGIONAL DO AGRESTE ONDE FOI,FEITO EXAMES E RETORNANDO PARA O HOSP.JESUS PEQUENINO BEZERROS,ONDE FOI CIRURGIADO CONFORME,DOCUMETOS ORIGINAIS ANEXO.PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA.

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

FABIO GEFFERSON DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **José Wilson da Silva** - Matrícula: **2163306**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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

DADOS CADASTRAIS

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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

■ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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, entendendo, 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.

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Cristiano Henrique Andrade Silva
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)

FPS.001 V002/2019

094-869411055-3

04/ABR/2019 HORA DE 16:10:19

LOT. 15.017910-3
LOCALIDADE: BEZERROS TERM 027296
AG. VINCULADA: 2192

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

2102.00085810-5

NOME: FADIO JEFFERSON DA SILVA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2017
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE SALDO
14/03
18/03
01/04

RESUMO EM 03/04
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

094-869411055-3

1ª VIA

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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451263 **Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA**

Data do Acidente: 16/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO JEFFERSON DA SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: **FABIO JEFFERSON DA SILVA**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000002192**
Conta: **0000085810-5**
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,

Pag. 01905/01906 - carta_15R - INVALIDEZ

00320953

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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451263
Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA
Data do Acidente: 16/12/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO JEFFERSON DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00061/00062 - carta_03 - INVALIDEZ

00060031

Carta nº 14635222

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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451263 **Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA**

Data do Acidente: 16/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JEFFERSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01323/01324 - carta_01 - INVALIDEZ

00020662

Carta nº 14634809

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JEFFERSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000085810-5

Nr. da Autenticação 52EE5624F70F1CF9

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256678/19

Número do Sinistro: 3190451263

Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA

Data do acidente: 16/12/2018

CPF: 710.296.684-93

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JEFFERSON DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:
Nome: **FÁBIO JEFFERSON DA SILVA**, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 9.861.092 SSP PE e inscrito no CPF nº 710.296.684-93, residente e domiciliado na rua Rozeane Santos de Alcântara nº – 58-bairro CENTRO/ BEZERROS – PE.

OUTORGADO:
Nome: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**, brasileira, solteira, portadora do RG nº 9000356 SDS PE, inscrito CPF nº 029.170.884-60 residente e domiciliado na rua Ricardo Pilar nº 332 – Bairro: São Francisco – Caruaru - PE

PODERES:
Amplos poderes para praticar os atos administrativo por **INVALIDEZ** do Seguro Obrigatório – DPVAT, **acidente ocorrido no dia 16/12/2018 da vítima: FÁBIO JEFFERSON DA SILVA** CPF 710.296.684-93 e RG nº 9.861.092 SSP. Subscrito por duas testemunhas A Sra. Fernanda Da Silva Andrade , portadora do RG nº 5831108 CPF 009.175.904-81, residente e domiciliado na rua Manoel de Nobrega nº 504 – bairro São Francisco – Caruaru – PE e o Sr. *Gabriel Henrique Andrade silva* portador do RG nº 9.760.063 CPF 110.141.184-84, residente e domiciliado na rua Manoel de Nobrega nº 504 – bairro São Francisco – Caruaru – PE . E a declarante, a qual, **assina por a Rogo: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA** , brasileira, solteira, portadora do RG nº 4741693 SDS e CPF nº 922.613.104.-04, residente e domiciliado na rua Rozeane Santos de Alcântara nº – 58-bairro CENTRO/ BEZERROS – PE.

Bezerros, 02 de julho de 2019

FÁBIO JEFFERSON DA SILVA
RG:9861092 E CPF: 710.296.684-93
Outorgante

maria de fátima da silva
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA
RG:4741693 e CPF: 922.613.104-04
ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

Testemunha1

Fernanda da Silva Andrade
FERNANDA DA SILVA ANDRADE
CPF : 009.175.904-81 e RG: 5831108

TABELIONATO VASCONCELOS CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Reconheco a firma por autenticidade de: 07/2019 14:28:35
MARIA DE FÁTIMA SILVA, 1o
Em testemunho
Custas R$ 3,99
TSNR R$ 0,92
Total R$ 4,91
Selo digital nº 007772..AA520190Z.00296
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Testemunha2

Gabriel Henrique A. Silva
GABRIEL HENRIQUE ANDRADE SILVA
CPF: 110.141.184-84 e RG: 9760063

TABELIONATO VASCONCELOS CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Reconheco a firma por autenticidade de: 9 14:36:22
GABRIEL HENRIQUE ANDRADE
Em testemunho
Custas R$ 3,00
TSNR R$ 0,92
Total R$ 4,
Selo digital nº 007..AA0520190Z.00310
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Bel. CARLOS TOSCANO

Rua ... 12 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP 55009 ... 24733 - Fone (81) 3723-2218

Reconheço, por semelhança a firma de: FERNANDA DA SILVA ANDRADE

Em testemunho da verdade. Caruaru/PE, 22/07/2019

15.31.23.

VELMA BARROS TOSCANO DE CARVALHO (Substituta)

EMOL: R$ 3,51, TSNR: R$ 0,80, FERC: R$ 0,40, FINSFG: R$ 0,08,

FERJ: R$ 0,04, ISS: R$ 0,08 - TOTAL: R$ 4,91. Op.: 28

Selo 00737.18.01N027201901000000

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. OBRIOI TOJORNO

Reconheço, por semelhança a firma de FERNANDA TAVARES

Em testemunho da verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 31/03/2019

15.3429

VILMA BARROS TOGNANI DE CARVALHO (Substituta)

EMOL.: R$ 3,51, TSNR: R$ 0,80, FERC: R$ 0,40, FUNSEG: R$ 0,09,

FERM: R$ 0,04, ISS: R$ 0,09 - TOTAL: R$ 4,91 Op.: 28

Selo: C073719.URN072019010000025

Consulte a Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório do 3º Ofício Renato Caruaru-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451263 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FABIO JEFFERSON DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDO;
FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OMBRO E PUNHO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO E MODERADA DO PUNHO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA

DO PACIENTE

Atendimento: 470375 **Prontuário:** 330681

JEFFERSON DA SILVA
10/06/1988 **Idade:** 30 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** 898003408274403
Endereço: IGNORADO **Nº:** 0
Bairro: IGNORADO **Cidade:** BEZERROS **Estado:** PE
CEP: 55660000 **Fone:** 37199409 **Profissão:**
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO **Data:** 17/12/2018 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. CAIU DA MOTO E ATINGIU O ABDOMEN NO GUIDOM.

Exame Físico: **PA:**____ **FC:**____ **FR:**____

NV SH.

Diag. Provisório:

FRATURA ÓSSEA DA 5ª COSTELA ESQUERDA.

- TIPÓIA MSE
- TALA GESSADA EM MSD APÓS REDUÇÃO DA FRATURA.
- ENCAMINHAMENTO PARA LABORATÓRIO

Dr. Rômulo Cintra

Prescrição: **Dieta:**____

Data		Horário
	RX - REALIZADO	
	DATA 17 / 12 / 18	
	HORA 03:25	
	TC	

1 de 2

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

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

Nome: _____

Endereço: _____ RG: _____

Data: ____ / ____ / _____ Tel.: _____

Assinatura

Autorização de Procedimeto ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: _____

Endereço: _____ RG: _____

Procedimento: _____ Tel.: _____

Diag. Definitivo: Assinatura

Destino do Paciente

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

( ) Transferência: _____ ( ) Internamento _____

Condição de Alta

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

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

12/17/2018 1:14:42 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSANGELA56B

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Fabio Jefferson da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura [illegible] Paciente [illegible] CID-10: [illegible], foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 24/10/16. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 03/11/17.

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Protocolo: 20191050306

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante: HOSPITAL JESUS PEQUENINO

2 - CNES: 2344254

3 - Nome do Estabelecimento Executante: HOSPITAL JESUS PEQUENINO

4 - CNES: 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente: FABIO JEFFERSON DA SILVA

6 - Número do Prontuário: 96780

7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898003408274403

8 - Data Nascimento: 10/06/1988

9 - Sexo: MASCULINO 1

10 - Raça/Cor

10.1 - Etnia

11 - Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA

12 - Telefone de Contato: 81 91406283

13 - Nome do Responsável

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro): RUA ROSEANE DE ALCANTARA 58 - SAO PEDRO

16 - Município de residência: BEZERROS

17 - Cod. IBGE município: 2601904

18 - UF: PE

19 - CEP: 55060-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente vítima de acidente de moto apresentando fratura de rádio distal e clavícula esquerda.

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticos (Resultados de exames realizados)

LA

23 - Diagnóstico inicial: Fratura rádio distal

24 - CID 10 Principais: S420

25 - CID 10 Sec

26 - CID 10 Causas associadas

Conferido com Documento Original

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4473

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: Engessamento

28 - Código do procedimento: 04.02.02.046-7

29 - Clínica: Ortopedia

30 - Caráter de internação

31 - Documento: ( ) CNS (X) CPF

32 - Nr. Doc. CNS CPF do Profissional solicitante: 050.169.014-42

33 - Nome do Profissional Solicitante: Pamela Gonçalves

34 - Data da solicitação: 19/12/13

35 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

37 - CNPJ da Seguradora

38 - Nº do Bilhete

39 - ( ) Acidente de Trabalho Típico

40 - CNPJ da Empresa

41 - CNA da Lavoura

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cod. Órgão Emissor

48 - Documento: ( ) CNS ( ) CPF

49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinature e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Maurício Cavalcanti Neto
CRM-PE 23.403
Médico Autorizador

52 - Nº Autorização de internação hospitalar

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
261910544751-9

JUL 2013

Acomodação: ENFER_01 LEITO-0
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

OSPITAL JESUS PEQUENINO
ICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

endimento:	526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8:17	Recepc.:	NAYALLI
onvênio:	SES - ORTOPEDIA	Matricula:	898003408274403
esponsável:		Identidade:	
édico:	DRA. CAMILA BEZERRA QUARIGUASI	Cartão SUS:	898003408274403
aciente:	98780 FABIO JEFFERSON DA SILVA	Sexo:	MASCULINO Cor:
ascimento:	10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses	Est. Civil:	
ndereço:	RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58	C.P.F.	71029668493
airro:	SAO PEDRO CEP: 55660-000	Identidade:	9861092 SDS PE
GE/Cidade:	2601904 BEZERROS UF: PE	Telefone:	81.91408283
ai:	ANTONIO FRANCISCO DA SILVA	G.Instrução:	
ãe:	MARIA DE FATIMA DA SILVA	Ocupação:	
acionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	

Obs.: SENHA ORT: 519422

Queixa do Paciente: Paciente vítima de fratura de moto, apresenta fratura de rádio distal e clavícula esquerda

H.D.A.:

Exame Físico: EGB

H.D.: Fratura rádio distal

Tratamento: Procedimento cirúrgico

Conferido Com Documento Original Bezerros PE, 19/12/18
Hospital Jesus Pequenino
Ana Antonina
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Dra. Camila Quariguasi
Medica
CRM 27422

Bezerros, quarta-feira, 19 de dezembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Medico

9 JUL 3

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8.17
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. CAMILA BEZERRA QUARIGUASI

Recep: NAYALLI
Matrícula: 898003408274403
Identidade:
Cartão SUS: 898003408274403

Paciente: 96780 FABIO JEFFERSON DA SILVA
Nascimento: 10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses
Endereço: RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58
Bairro: SAO PEDRO
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

CEP: 55660-000
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 71029868493
Identidade: 9861092 SDS PE
Telefone: 81.91406283
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista: _____

Motivo Alta: ( ) Curado (X) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas
( ) Assinou o termo

Alta Hospitalar Data: 21/12/2018

Médico: _____

Dr. Rogério Evangelista
Ortopedista
CRM 3364

Assinatura / CRM

Observação

Transferência Hospitalar Data: __/__/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Conferido Com Documento Original Bezerros, 21/12/18
Hospital Jesus Pequenino
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Óbito Data: __/__/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário: _____

24 JUL 2013

Hospital Regional
JESUS PEQUENINO

EVOLUÇÃO MÉDICA

FABIO JEFFERSON DA SILVA

19/12/2018: PACIENTE COM FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Rondão Evangelista
Ortopedista
CRM 3765

20/12/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. MEDICADO.

Dr. Rondão Evangelista
Ortopedista
CRM 3765

21/12/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Rondão Evangelista
Ortopedista
CRM 3765

Conferido Com Original
Virginia Bezerros RE 1053-1
Hospital Jesus Pequenino 08/01/19

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

RELATORIO CIRURGICO

NUMERO DO REGISTRO
96760

ORTOPEDIA

CIRURGIÃO
RONALDO EVANGELISTA

ANESTESISTA
DR. VANDSON

ANESTESIA

DATA DA OPERAÇÃO

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA + FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO + FERIMENTO EM OMBRO ESQUERDO

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO
FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA + FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO + FERIMENTO EM OMBRO ESQUERDO

NEUROLISE SENSITIVA + TRATAMENTO
RADIAL + TRATAMENTO CIRURGICO
DE FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + ATOSIÇÃO DE CAMPO ESTERIL
DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM OMBRO ESQUERDO
INCISÃO NA FACE SUPRACLAVICULAR ESQUERDA
ABERTURA DA APONEUROSE
DIVULSÃO POR PLANOS
NEUROLISE SENSITIVA
ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA
REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
FECHAMENTO POR PLANOS
CURATIVO

Conferido Com Documento Original Bezerros PE
Hospital Dr. Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Fone: 3728-1566 - BR 232 - Bezerros - PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 20/12/2016

NB

Anestesia: Bloqueio de plexo braquial E + Geral

Nome: Fabio Jefferson da Silva Nº do Registro 96730 Nº. na Clínica: _____
Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 30 Sexo: M Cor: _____
Operador: Homicido Assist. _____ Anestesista: Vandson.
Diag. Preop.: Fratura de clavícula E + Luxação Posop O mesmo.
Op. Proposta: Tratamento cirúrgico Op. Realizada: A proposta
Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30

AGENTES: N2O, O2

Líquidos variados: SRL 500 SRL 500

PA V / PULSO / ANES X / OP O / TEMP A / ASPIR. A / RESP. O

°C 38 36 34 32 30

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Expir. Assist. Contra.

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Lidocaína 5mg		
B. Levobud 5mg		
C. Cefalotina 02 fr		
D. Fentanil 02 amp		
E. Dullamethasona 01 amp		
F. Dexametasona 01 amp		
G. Fentanil — 01 amp		
LÍQUIDOS		
Propofol — 01 amp		
Dipirona — 01 fr		
Bupivacaína c/v — 01 amp		
Lidocaína c/v — 01 amp		
TOTAL		

CÂNULA - NASOFARINGEA
NASOFAROTRAQUÉAL - CEGA
BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO
SOB. - MÁSCARA
DIFICULDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

ANOTAÇÕES:

Conferido Com Documento Original Sezemos PE 07/07/17 Hospital Jesus Pequenino

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

3

Laringo - Espasmo - Excesso Secreção
Depressão Respiratória - Hipoxia
"SUCKING" - Vomito

Hemorragia Arterial
Embolia Taquicardia - Choque

OPERAÇÃO: Tratamento cirúrgico.

ANESTESISTA: Vandson — Dr. Vandson Barbosa Anestesiologia CRM-PE 8435-7

CIRURGIÃO: Dr. Ernesto Evangelista Cavalcanti CRM-PE

PÉRDA SANGUÍNEA:

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

CATEGORIA: 42693

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Fabio Jefferson da Silva Registro Nº. 96880

Aptº. _____ Enfermaria: _____ Data: 20/12/18

Cirurgia: Fract. Mandíbula Esq + Parotio Direito Cirurgião: Drª Romeldo

Anestesia: Geral + Bloqueio Anestesista: Drº Wendson

Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	03	amp		Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin	01	amp	
Decadron	01	amp		Rifocina 150			
Dormonid	01	amp.		Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	01	amp.		Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	2000	ml	
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a	01	amp.	
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				Eletrodos	06	Unid.	
Keflin	02	amp.		Dipirona	02	amp.	
Ketalar				Hidrocedron	01	amp.	
Lasix				Propofol	01	amp.	
Methergin				Agulha Hipodérmica	01	Unid.	
Marcaina Pesada				Soro Fisiológico	30	ml	
Marcaina s/a				Tenoxicam	01	amp.	
Marcaina c/a	01	amp		Tubo [illegible]	01	Unid	

Conferido com Documento
Com. Fiscal SES/PE
Hospital Jesus Pequenino

Ana Amorim
Assistente Social
RESS/PE Nº 4.472

Maria José de Lima
Tec. de Enfermagem
COREN PE 730 821

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T 40x120	02	Unid.		Urofix			
Agulha Desc. 25x4	03	Unid.		Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival							
Agulha Raque				FIOS			
Agulha Sutura							
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom c/a 2.0	02	Unid.	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	10	Unid.		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon 3.0	02	Unid.	
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparadrapo	1x			Polycot			
Esparadrapo Anti-alérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	06	Unid.		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoan				Água Oxigenada			
H. Kuntscher 7.0	01	Par		Álcool Simples			
Intracath 8.0	02	Pares		Álcool Iodado			
Luva Descartável 8.5	03	Pares		Éter			
Luva Comum				Formol			
Lâmina Bisturi nº 21	02	Unid.		Germpol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204	01			Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				Clorexidina	200		
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO	1x		
Par. Sherman							
Pino Stelman				Das ____ ás ____			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc							
Seringa 05 cc	01	Unid.		Das ____ ás ____			
Seringa 10 cc	02	"					
Seringa 20 cc	01	"		TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico			
Sonda Estom nº				Desfibrilador			
Sonda Levine nº				Monitor	1x		
Sonda Uretral nº 16	01	Unid		Escova p/ Cirurgia	02	Unid.	
Sonda Foley nº				Filtro Unid.	01	Unid.	
Sonda "3v nº							
Sonda p/ O2	01	Unid.					

Marta Jesus
Téc. de Enfermagem
COREN PE 730.921

Conferido Com Documento Original
Hospital Dos Pequeninos
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 1.471

19 JUL 20

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José

BEZERROS

unicef

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA _____
Local de Ocorrência: Acidente ( ) Rua ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Veículo Envolvido: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )
Pedestre ( ) Bicicleta
Posição: Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( ).
Motocicleta: Passageiro ( ) Uso do Capacete: S( ) N( )
Afogamento: Submersão ( ) Soterramento ( )
Mordedura/Peçonha: Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____
Eletrocussão: Fogo/Chama/Choque Elétrico ( )
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
Queda: Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda da Própria Altura
Agressões: Arma de Fogo/Tipo: _____ Arma Branca/Tipo: _____
Agressões: Socos ( ) Pauladas ( ) Outros ( ) Citar: _____
Mecanismo do Trauma: Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

Queixa Principal: _____
_____
_____
Histórico Pregresso: _____
_____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia capilar: HGT _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia: S( ) N( ) Tiragem intercostais: S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )
Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) Bem: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/ Estridor: S( ) N( )
Dificuldade Para Falar: S( ) N( )
Agitação: Sonolência: S( ) N( ) Cianose: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )
Pulsação Jugular: Boa ( ) Ausente ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )
Pulso: Rítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )
Sudorese: S( ) N( ) Desidratação: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-60	FC: RN 120-160
Lactente 30-60	Lactente 90-140
Crianças 20-30	Criança 80-120
Adulto 12-20	Adulto 60-100

DR. BRENO MOURA
MÉDICO

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo ( ) Inconsciente Unresponsivo

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Abertura Ocular Espontânea	Orientado	5	Obedece ao comando	6
Abertura Ocular a Voz	Confuso	4	Localiza Estímulo Doloroso	5
Abertura Ocular a Dor	Resposta Inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Sem abertura ocular	Sons incompreensíveis	2	Descorticação	3
	Sem resposta Verbal	1	Descerebração	2
			Sem resposta Motora	1

TOTAL DE PONTOS ECG:_____

Classificação TCE pela ECG
TCE Grave
Moderado
TCE Leve

Sinais de estimulação de Lesão Medular Desvio comissura labial
Déficit de lateralidade
Avaliação Pupilar: Isocóricas Anisocóricas Midríase Mióse

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S N
Lesões Intra-Torácica: S N Fratura Pelvis: S N
Lesões Intra-abdominais: S N Fratura em Osso Longo: Fechada Aberta

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S N Informante: Vítima ( ) Outros ( )
Hálito Alcoólico Facilitação à Marcha Sonolência/Agressividade Alteração no Humor
Usou outras drogas: S N Informante: Vítima Outros
Droga: Maconha Cocaína Crack Lança-perfume Anfetaminas Ecstase

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S
Imobilização Tele Gessada: S N
Antibioticoterapia: S N Especificar _____
Oxigenoterapia: Cateter Ventury CPAP
Aspiração de Sangue e Secreções: S
Entubação Orotraqueal: S N
Ventilação Mecânica: Modalidade_____
FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S) N
RX: S N(Analgesia: S) N(
Infusão de Líquidos: S N Especificar _____
Volume de Líquidos Infundido _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado _____
Médico Regulador _____ Hora _____
Transferência com acompanhamento Médico: S N

Local e data

Médico Assistente
BRENO MOURA
CRM 2510

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante: HOSPITAL JESUS PEQUENINO Protocolo: 202010505006	2 - CNES: 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante: HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES: 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente: FABIO JEFFERSON DA SILVA			6 - Número do Prontuário: 96780	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898003408274403	8 - Data Nascimento: 10/06/1988	9 - Sexo: MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA			12 - Telefone de Contato: 81.91406283	
13 - Nome Responsável			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro): RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58 () - SAO PEDRO				
16 - Município de residência: BEZERROS	17 - Cod. IBGE município: 2601904	18 - UF: PE	19 - CEP: 55660-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇAC

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente vítima de acidente de moto apresentando fratura de rádio distal e clínica estável.

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

23 - Diagnóstico inicial: Fratura rádio distal	24 - CID 10 Principais: S42.2	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: Imobilização	28 - Código do procedimento

29 - Clínica: Ortopedia	30 - Caráter de Internação	31 - Documento: ( ) CNS (X) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante: 056-165 614-42
33 - Nome do Profissional Solicitante: Fernando Alvarenga	34 - Data da solicitação: 19/12/17	35 - Assinatura e Carimbo (Nr. do registro do conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nº do Bilhete
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico	41 - CNPJ da Empresa	42 - CNAE da Empresa
36 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto		

45 - Vínculo com a Previdência: Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado

AUTORIZAÇAO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profisional Autorizador	**Prefeitura Municipal de Bezerros** **Secretaria de Saúde** NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL **261910544751-8**
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 4.[illegible]

Conferência de Leito Hospitalar

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-01

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento:	526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8:17	Recepc.:	NAYALLI
Convênio:	SES - ORTOPEDIA	Matricula:	898003408274403
Responsável:		Identidade:	
Médico:	DRA. CAMILA BEZERRA QUARIGUASI	Cartão SUS:	898003408274403

Paciente:	96780 FABIO JEFFERSON DA SILVA	Sexo:	MASCULINO Cor:
Nascimento:	10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses	Est. Civil:	
Endereço:	RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58	C.P.F.	71029668493
Bairro:	SAO PEDRO CEP: 55660-000	Identidade:	9861092 SDS PE
IBGE/Cidade:	2601904 BEZERROS UF: PE	Telefone:	81.91406283
Pai:	ANTONIO FRANCISCO DA SILVA	G.Instrução:	
Mãe:	MARIA DE FATIMA DA SILVA	Ocupação:	
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	

Obs.: SENHA ORT: 519422

Queixa do Paciente: Paciente vítima de fratura de meio, apresenta fratura de rádio distal e cúbito esquerdo.

H.D.A.:

Exame Físico: EGB

H.D.: Fratura rádio distal

Tratamento: Procedimento cirúrgico

Conferido Com Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequenino
Ana Antonia
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4477

Bezerros, quarta-feira, 19 de dezembro de 2018

Dra. Camila Quariguasi
Médica
CRM 27422

Assinatura e Carimbo do Médico

29 JUL 2013

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento:	526395 Data: 19/12/2018 Hora: 8:17	Recepc.:	NAYALLI
Convênio:	SES - ORTOPEDIA	Matricula:	898003408274403
Responsável:		Identidade:	
Médico:	DRA. CAMILA BEZERRA QUARIGUASI	Cartão SUS:	898003408274403

Paciente:	96780 FABIO JEFFERSON DA SILVA		Sexo:	MASCULINO	Cor:
Nascimento:	10/06/1988 - 30 Anos e 6 Meses		Est. Civil:		
Endereço:	RUA ROSEANE DE ALCANTARA, 58		C.P.F.	71029668493	
Bairro:	SAO PEDRO	CEP: 55660-000	Identidade:	9861092	SDS PE
IBGE/Cidade:	2601904 BEZERROS	UF: PE	Telefone:	81.91406283	
Pai:	ANTONIO FRANCISCO DA SILVA		G.Instrução:		
Mãe:	MARIA DE FATIMA DA SILVA		Ocupação:		
Nacionalidade:	BRASIL		Naturalidade:		

Recepcionista: _____

Motivo Alta: ( ) Curado (·) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas
( ) Assinou o termo

Alta Hospitalar Data: __/__/____

Médico: _____

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3784

Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar Data: __/__/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Óbito Data: __/__/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Observação

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Confrico Com Documento Original
Hospital Jesus Pequenino
Alta Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

9 JUL 2013

EVOLUÇÃO MÉDICA

FABIO JEFFERSON DA SILVA

19/12/2018: PACIENTE COM FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 37114

20/12/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 37114

21/12/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 37114

Conferido Com Original
Data: 26/07/19
Hospital Geral Dos Bezerros
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

14 JUL 2023

Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Fone: 3728-1586 - BR 232 - Bezerros PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 20/12/2012

Anestesia: Bloqueio de plexo braquial E + Cervical (NB)

Nome: Fabio Jefferson da Silva Nº do Registro 96730 Nº na Clínica: ____

Clínica: Ortopedia Quarto ____ Leito: ____ Idade: 30 Sexo: M Cor: ____

Operador: Rosalvo Assist. ____ Anestesista: Vandson

Diag. Preop.: Fratura de clavícula E + luxação Posop.: O mesmo

Op. Proposta: Tratamento cirúrgico Op. Realizada: A proposta

Premeditação: ____ Hora: ____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30

AGENTES: N2O, O2

Líquidos venosos: SRL 500 | SRL 500

PA V: °C 38 36 34 32 30 — 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

PULSO

ANES x

OP O

TEMP A

ASPIR A

RESP O

Expani

Assist

Contra.

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Midazolam	5mg	
B. Fentanil	50mcg	
C. Propofol	100mg O2	
D. Atracurio	40mg O2 amp	
E. Dolantina	100mg O2 amp	
F. Dexametasona	10mg O2 amp	
G. Dipirona	1g — O2 amp	
LÍQUIDOS		
Propofol	— 01 amp	
Dolantina	— 01 FA	
Bupivacaina c/v	— 01 amp	
Lidocaina c/v	— 01 amp	
TOTAL		

CÂNULA - NASOFARINGEA
NASOFOTRAQUEAL CEGA
RAL - IAMF - CALIBRE DO TUBO
SOE - MÁSCARA
DIFICULDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

ANOTAÇÕES:

Conferido Com Documento Original
Bezerros PE 27/12/12
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

3

OPERAÇÃO: Tratamento cirúrgico.

Vômito - Espasmo - Edema Sacro
Depressão Respiratória - Hipoxia
"BUCKING" - Vomito
Bradi - Taquicardia - Choque

INTERCORRÊNCIA
Hipotensão Arterial
Bradi - Taquicardia - Choque
19 30

ANESTESISTA: Dr. Vandson Barbosa Anestesiologia CRM-PE 21357

CIRURGIÃO: Rosalvo Francisco Sampaio Cavalcanti CRM-PE

PERDA SANGUÍNEA.

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

CATEGORIA _____

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: [illegible] Registro Nº. 96280

Aptº. ___ Enfermaria: _____ Data: 20/12/13

Cirurgia: [illegible] Cirurgião: Dr. [illegible]

Anestesia: [illegible] Anestesista: [illegible]

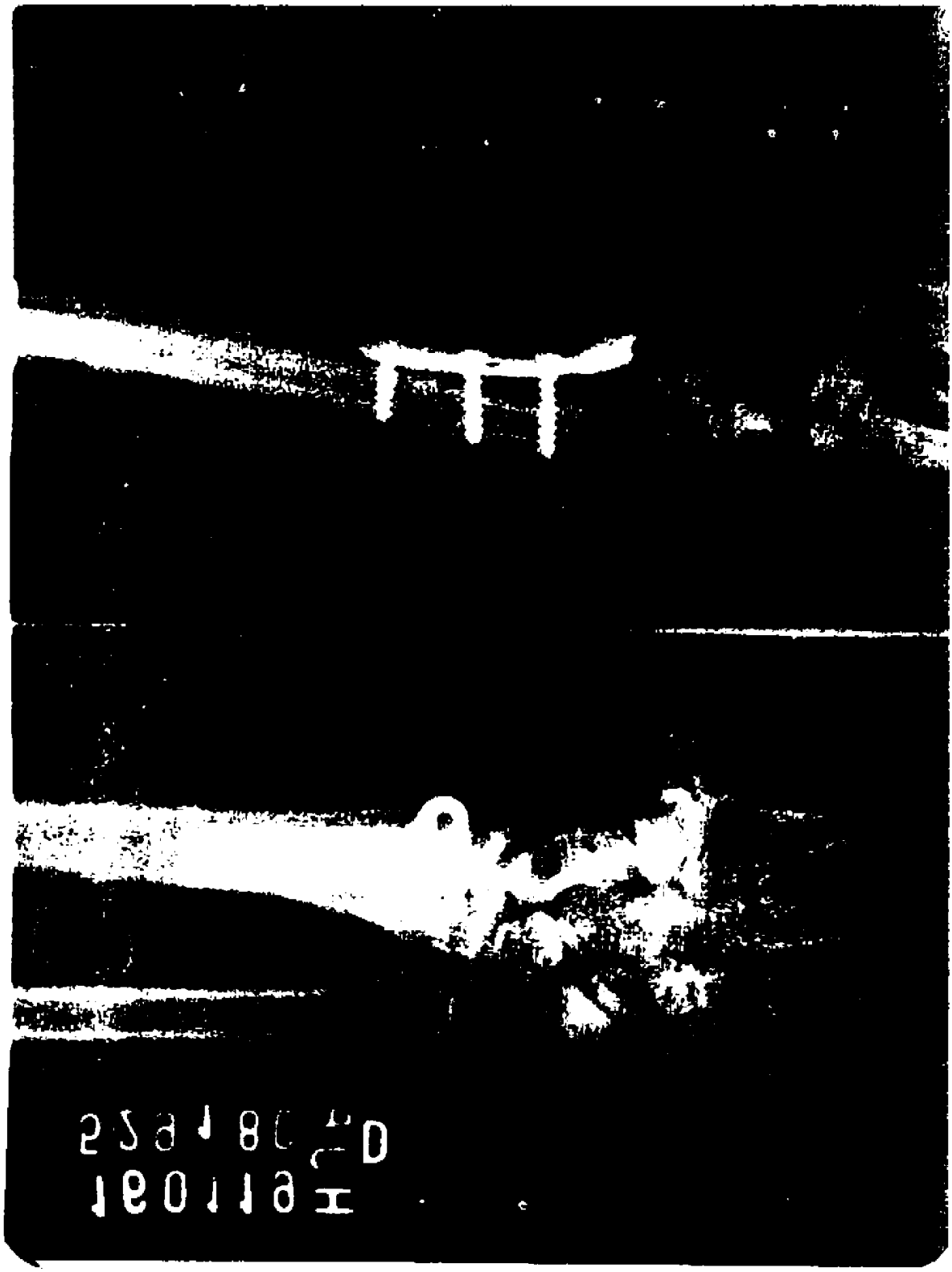
Início: ___ Término: ___

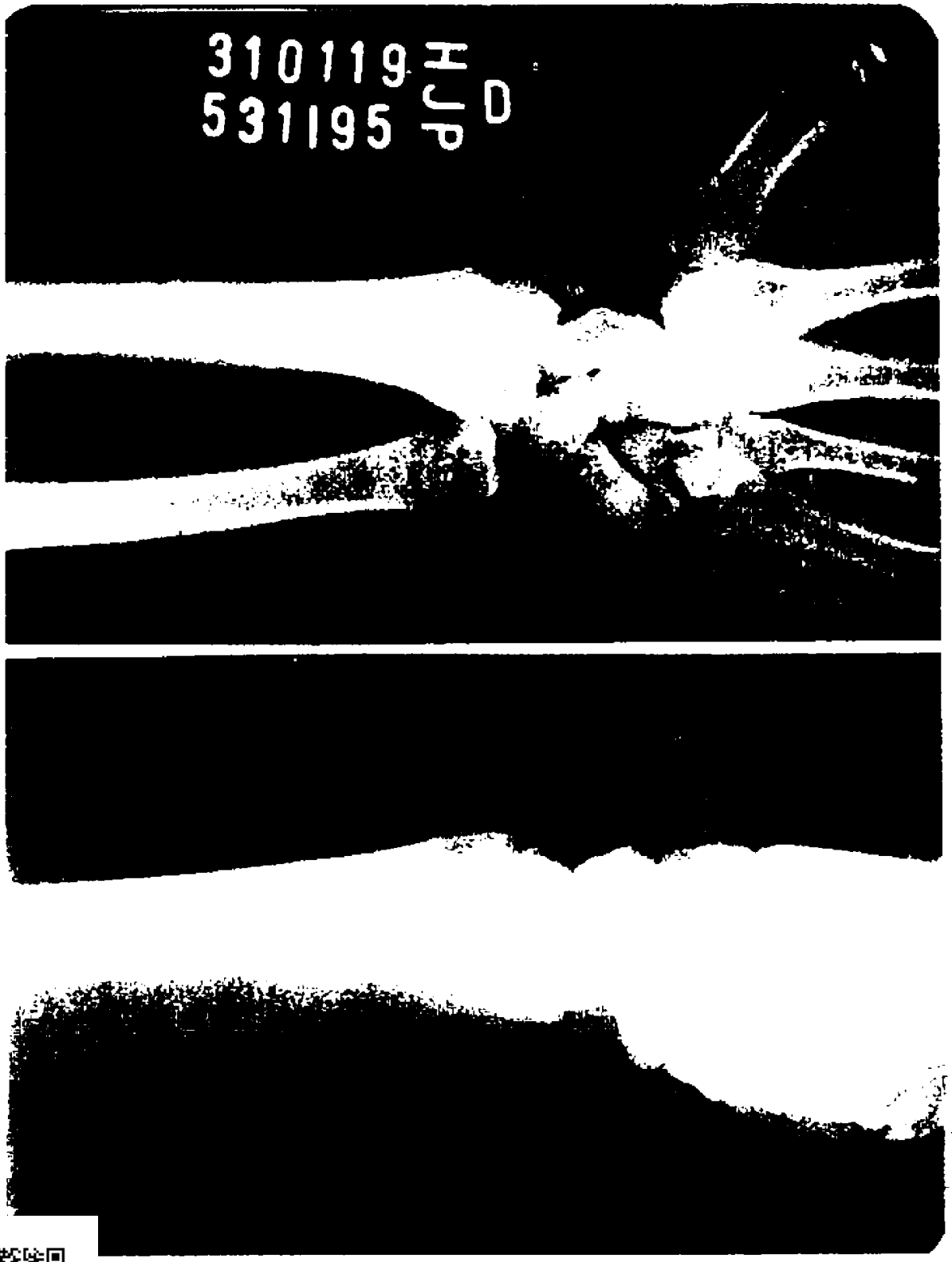
Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	1 5 amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin	[illegible] amp		
Decadron	[illegible] amp			Rifocina 150			
Dormonid	[illegible] amp			Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Sypianon			
Fentanil	[illegible] amp			Solu-Cortef			
Fibrasc				Sulfato Magnesio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiologico	[illegible]	[illegible]	
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a	[illegible] amp.		
Heparina 5 000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Keflin	[illegible] amp			[illegible]	[illegible]	amp	
Ketalar				[illegible]	[illegible]	amp.	
Lasix				[illegible]	[illegible]	amp	
Methergin				[illegible]	[illegible]	amp	
Marcaina Pesada				[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Marcaina s/a				[illegible]	[illegible]	amp	
Marcaina c/a	[illegible] amp			[illegible]	[illegible]		

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

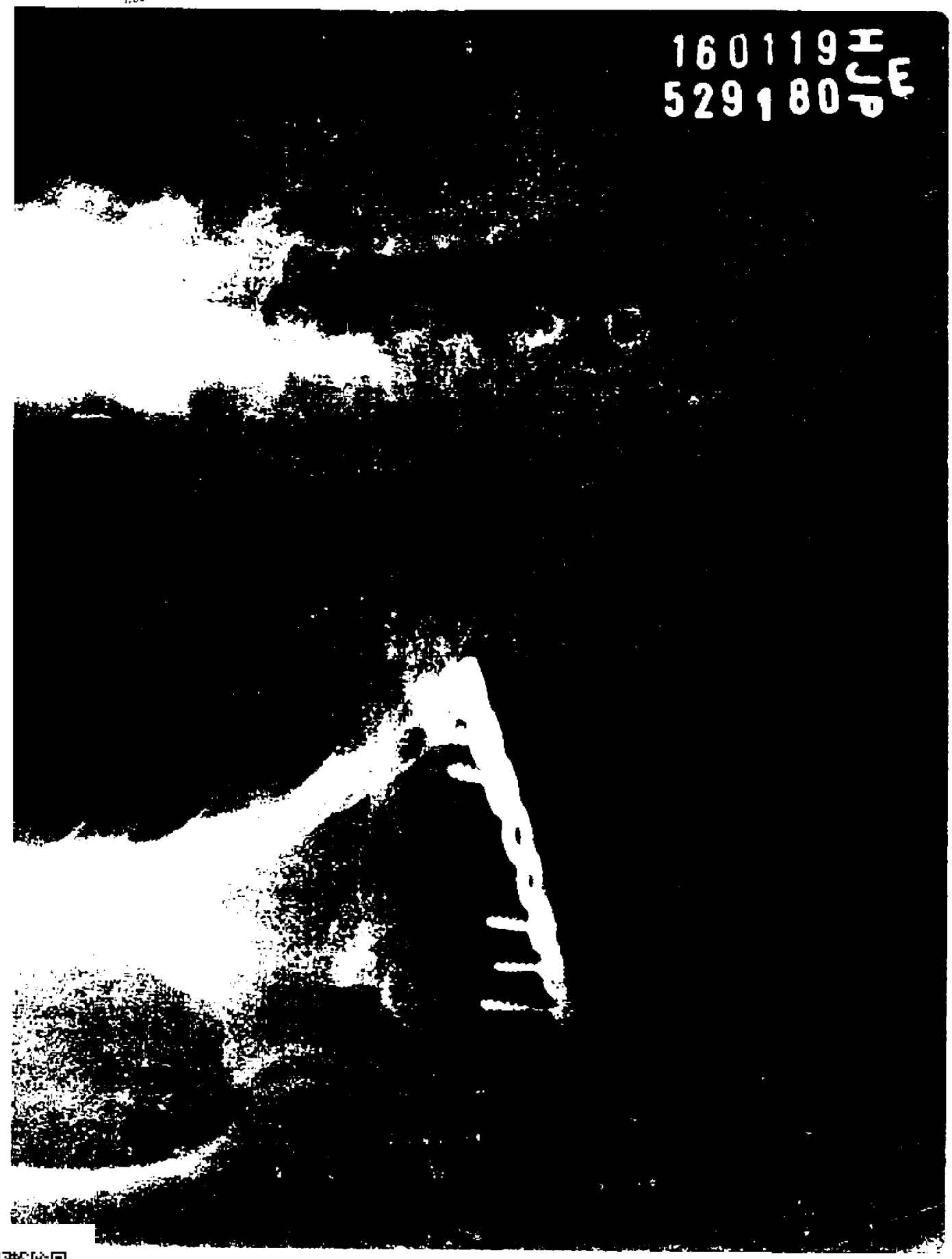
Dr. [illegible]
COREN PE 730.821

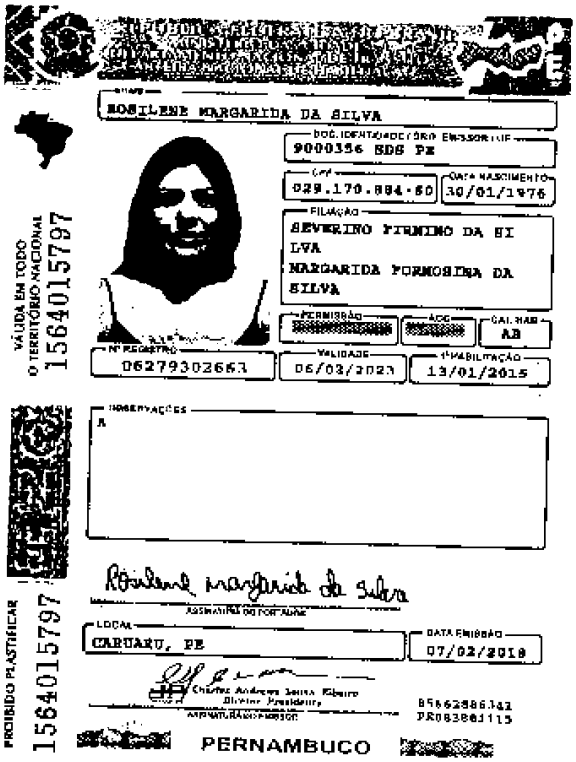
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471





19 JUL 20


160119
529180



NOME
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9000356 SDS PE

CPF
029.170.884-60

DATA NASCIMENTO
30/01/1976

FILIAÇÃO
SEVERINO FIRMINO DA SI
LVA
MARGARIDA FORMOSINA DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06279302663

VALIDADE
06/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/01/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
07/02/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO PRESIDENTE

85862886341
PX083861115

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797

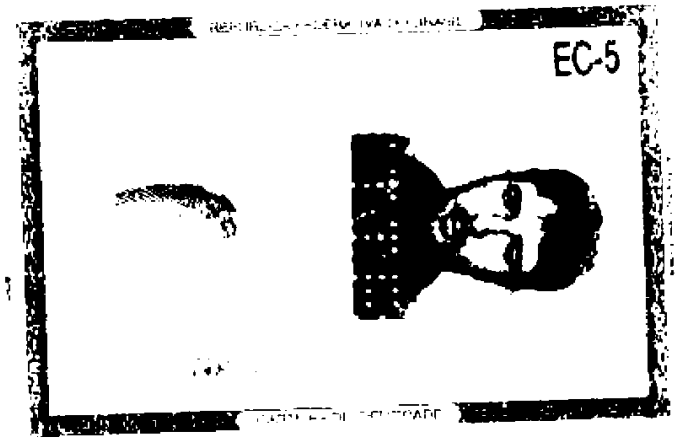
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENÁTRAN

CONTRAN

Nº 01381709654

29 JUL 20



9.861.092 01/02/2018

<< PABLO JEFFERSON DA SILVA >>

<< ANTONIO FRANCISCO DA SILVA >>
<< MARIA DE FATIMA DA SILVA >>

BEZERROS - PE 10/06/1988

<< 075655 01 55 1988 1 00032 143
0035957 49 BEZERROS-PE >>

710.296.684-93

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, [illegible],

RG nº 5909/2[illegible], data de expedição 04/9/18, Orgão DS, portador do CPF nº [illegible], com Domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) Kemone de Alcanta [illegible], nº 5, complemento [illegible], declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Fabio [illegible] da [illegible], cujo o condutor era Fabio [illegible] da [illegible].

Veículo: Motoca Lita
Ano: 06 / 007
Modelo: Honda CG 125 Fan
Placa: KIT 6091
Chassi: [illegible]
Data do acidente: 16 - 12 - 2018

Local e data: Bezerros, 02-01-2019

[illegible]
Assinatura do Declarante – Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

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

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Praça [illegible] Bezerros - PE
Maurício João de Vasconcelos - Titular

Reconheco a firma por autenticidade de: 02/01/2019 10:23:46
ANA VERONICA DA SILVA. Dou fe.
Selo de Autenticidade: [illegible]
Custas R$ 3,99
TSNR R$ 0,80
Total R$ 4,79
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____

RG nº _____, data de expedição __/__/__, Orgão _____, portador do CPF nº _____, com Domicílio na cidade de _____, no Estado de _____, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) _____, nº _____, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima _____, cujo o condutor era _____.

Veículo:
Ano:
Modelo:
Placa:
Chassi:
Data do acidente: 16 - 12 - 2018

Local e data: _____

_____
Assinatura do Declarante – Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

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

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Maurício José de Vasconcelos

Reconheço a firma por autenticidade de: 02/01/2019 10:23:46
ANA VERONICA DA SILVA. Dou fé.
Em Testemunho da Verdade.
Custas R$ 3,99
TSNR R$ 0,80
Total R$ 4,79
Selo Digital N. 00777...1220190...00065
Confirme a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria: 0800 021 93 35**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

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

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA. TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.884 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

_____ Inscrito (a) no CPF/CNPJ nº _____

Beneficiário do DPVAT cobertura _____ da Vítima _____

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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: RUA RICARDO PILAR		Número: 332	Complemento: CASA
Bairro: SÃO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE	CEP: 55.000-000
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com			Tel.(DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, _____

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017

CELPE

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

104,39

NOTA FISCAL