



10/02/2021

Número: **0002981-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74978344	10/02/2021 14:27	2736066_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00029816720208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão no 5º dedo do pé esquerdo com repercussão total (100%), efetuando o pagamento no valor de R\$675,00:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010406 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA Data do acidente: 28/09/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P8). ALTA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
 Documentos complementares:
 Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no 5º dedo do pé esquerdo com repercussão total (100%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
 www.joaobarbosaadvass.com.br



médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 5 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0002981-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

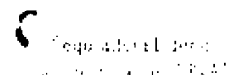
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74978355	10/02/2021 14:27	ANEXO 1	Outros (Documento)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20
Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
CPF: 122.846.584-31
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019
Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
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: 3200010406

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.836.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



CELPE

www.colpa.com.br

**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 de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e**

DADOS DO CLIENTE JOSENEIDE DO CARMO PERCILIO DA SILVA CPF: 656.487.444-04		DATA DE VENCIMENTO 20/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 131,88		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/12/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 088199309		CONTA CONTRATO 007024883757 Nº DO CLIENTE 2016369327 Nº DA INSTALAÇÃO 0000060582	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE BONIFACIO 218		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
TIMBO/ABREU E LIMA 53620-385 ABREU E LIMA PE		RESERVADO AO FISCO C7C0.F705.DB48.EADE.7445.3B52.F44E.3739					
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							

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	142,00	0,75727874	107,631
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 080482502-11/10/19			0,87

Vencido	Di Recor	Valor	Vencido	Di Recor	Valor
16/08/19	14/12/19	40,19	17/08/19	05/08/19	108,1
17/07/19	06/08/19	124,53	20/05/19	08/08/19	119,8

Esta comunico NAO substituiçao de débitos anteriores e NAO contempla débitos em discussao judicial. Caso a suspensao do fornecimento persista por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo o lambeu solicitar a quitação conforme os critérios definidos no Art. 29 RERH 4/2018. Podem ocorrer a quitação, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERPA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	C.24633000	DEZ 18	00000000000000000000
		NOV 18	00000000000000000000
		OUT 18	00000000000000000000
		SET 19	00000000000000000000
		AGO 18	00000000000000000000
		JUL 18	00000000000000000000
		JUN 19	00000000000000000000
		MAI 18	00000000000000000000
		ABR 18	00000000000000000000
		MAR 19	00000000000000000000
		FEV 18	00000000000000000000
		JAN 18	00000000000000000000
		DEZ 18	00000000000000000000
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	30,24	33,70	
Transmissão	4,22	3,73	
Distribuição (Gestão)	25,62	22,62	
Energias Setoriais	0,21	0,24	
Tributos	31,08	27,45	
Perdas de Energia	8,07	7,13	
TOTAL	153,24	100	

TOTAL DA FATURA							131,88	
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
113,24	25,00	28,31	113,24	0,44	0,49	113,24	2,62	2,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FÁSCA	ANTERIOR		ATUAL		V. GÁS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000001164296790	CAI	12/11/2015	3.405,00	14/12/2015	3.547,00	32	1,00000	0,00	142,00

LaTeX PREPRINTS ARE A PROXY A LATEX 1.0/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META ANUAL	META TRIM
porcento				
DG-Acc.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
FIC-Acc.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DCR-Duração de interrupção em de crítico			Limite DCR= 0,00	
BAL-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,36				
Total Carregado pode auxiliar a apuração dos indicadores DG, FIC, DMIC e DCR a que o				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: karnielis bolões calçados e ac: av. brasí 33 centro | pop farma: av duque de caxias 590 centro | lista completa em www.caife.com.br.
 lya date da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvênção COE, conforme Decreto Estadual 39.458/93.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 25% (R\$ 4,14/ANEEL), Juros 1% a.mil (Lei 10.408/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
 Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.100.10014398-2

R. FUNDAMENTO, AVENIDA BRASIL - NUM. 1.00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 51525-790

INSCRIÇÃO: 165.145.178.0445.000 GRUPO: 7 DER AUTOMATIZADO: 103668687
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
4 JOAQUIM NASCIMENTO, II. 20220 - TEMPO ABREU E LIMA PE 51520-170

USUÁRIO	POTENCIAL	1	1
AL75224252	29/12/2019	30/12/2019	MEDIA 40

AGUA:
LEIT. AN: 4 CONSUMO: 1
LEIT. ATL: 4
LEIT. FAT: 4 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO		NUMERO DE AMOSTRAS		
REFERENCIA CONSUMO	PARAMETROS	EXIG. PORT. ANALISES MS 2.914/11 REA112	ATENDEMENTO A LEGIS	
11/2019 01				
10/2019 01	TURBIDEZ	48	48	45
09/2019 01	COR APARENTE	48	48	32
08/2019 01	CORO RESIDUAL	48	48	48
07/2019 01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
06/2019 01	E. COLI	48	48	48
MEDIA: 01				

Quantidade de Água: www.compesa.com.br

QBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	64,84
CORTE 11/2019		0,02
RELIQUACAO 11/2019		0,02
MULTA POR INOPORTUNIDADE 11/2019		1,29
CURSO DE HORA 09/2019 10/2019		2,61

104,92	1,85	1,86
104,92	7,60	8,46

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

MESSAGEM:
PROFIEMAS COM A BEBIDA? ISSUE ALCOOLICOS ANONIMOS
(61) 3221-3542/98476-1207





571132
0009461/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E0117000061

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/01/2020** às **09:56**

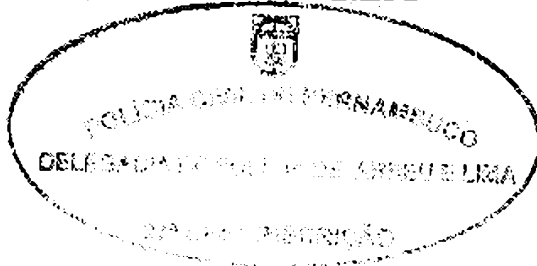
Complementa o BO Número: **19E0117003952**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (OUTRO)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JACILENE MARIA SILVA DA COSTA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FELIX DA SILVA** Data de Nascimento: **7/12/1995** Naturalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914565/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares: **-989992185**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JOSE BONIFACIO, 191 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCR8598** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **116302814** Chassi: **9C2KC2200JR175007**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

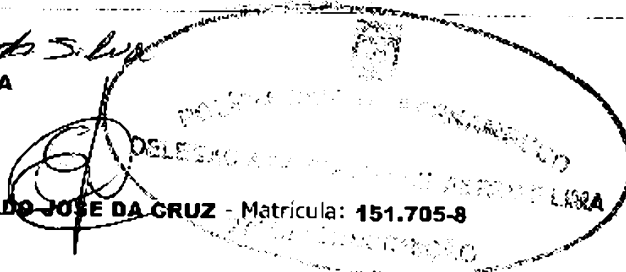
Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR ° IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI QUE O CONDUTOR É CONHECIDO POR JOÃO MARCOS, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR ° IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

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


IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E01.17003952

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/12/2019 às 11:37

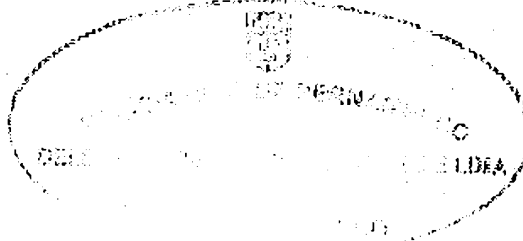
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 27/5/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS FARIAS**
SEVERINO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: **7/12/1995** Nacionalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914549/SUBS/PB (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares: **988392185**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **SMI PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação:

PASSOU A INFORMAR O SR. IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A



PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O
SOLD, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO. QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR. IGOR
JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI
TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO,
SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

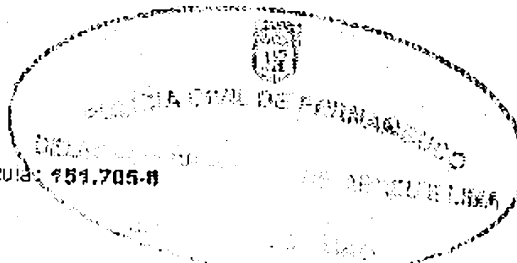
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

22/01/2020 Felix da Silva

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: ERINALDO JOSE DA CRUZ - Matrícula: 151.705-8





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

122.846.584-31

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

122.846.584-31

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

AV. SERVIÇOS

RUA JOSÉ BONIFÁCIL

213

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

TIMBO

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

balbrunsope@hotmail.com (81) 99944109 (81) 3538-0068

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:

☐ RECURSO 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: 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, recomendando o devedor, desde que somente após a verificação do crédito, que seja total, do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde que, em uma sumária avaliação médica ou custos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 204/74 art. 2º, § 1º, do Código de Processo Civil, que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 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 apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a conseqüência de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 244 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a seguinte peça:

35 - CPF legível de quem assina a seguinte peça:

36 - CPF legível de quem assina a seguinte peça:

37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte peça:

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Timbo/PE 09/01/2020

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V007/2019

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 0221234 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
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 **IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**, conforme determinação da Circular Susep 445/12

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Abreu e Lima/PE 08 de Março de 2020

Assinatura do Declarante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistral 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

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 - Telefone:

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:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 02080 CONTA: 035368

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reservando-me o direito de solicitar a entrega da quantia total no valor recebido.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme art. 2º, § 1º, da Lei nº 249/74, art. 2º, § 1º, do Decreto nº 64.618/66 e art. 1º, § 1º, da Lei nº 249/74, desde que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 - Graude 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 tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 35 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 36 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 37 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 38 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 39 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 40 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 41 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 42 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 43 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 44 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 45 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 46 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 47 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 48 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 49 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 50 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 51 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 52 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 53 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 54 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 55 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 56 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 57 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 58 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 59 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 60 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 61 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 62 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 63 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 64 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 65 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 66 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 67 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 68 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 69 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 70 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 71 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 72 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 73 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 74 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 75 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 76 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 77 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 78 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 79 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 80 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 81 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 82 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 83 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 84 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 85 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 86 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 87 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 88 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 89 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 90 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 91 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 92 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 93 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 94 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 95 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 96 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 97 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 98 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 99 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 100 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão de ressarcimento devido, além da responsabilidade criminal, conforme o art. 249 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a seguinte declaração:

36 - CPF legível de quem assina a seguinte declaração:

37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte declaração:

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

001 V007/2019



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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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

Carta nº 15343544





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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000002080-P

Conta: 0000035369-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-P

CONTA: 000000035369-8

Nr. Autenticação

BRADESCO160120200500000000002370208000000003536967500 PAGO



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP.

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

	Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	07/12/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23 anos
	Senha:	0150
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PÉ E
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS. DM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Parda

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data de Nascimento: 07/12/1995

Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOSE BONIFACIO

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53520395

Usuário Atendimento: CECILIAMRS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87955234

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg

DATA:

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queda no 1º andar há 3 horas

Queda com dor no joelho e no abdô

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
COMOTINA 26 + M e P		
COMOTINA 100g + 50g, 9% de açúcar		

Médico / Crenepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(X) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Crenepe:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (parâmetros, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07. Paciente admitido na sala, esperando transferência p/ H.M. A
medicação com frequência e efatetone 21:00h

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: Hum SENHA: 5781733

() ÓBITO Data: / / Às () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Grmepo:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA: : :

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 1447 33
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>João Carlos de Jesus</u>	Idade: <u>25</u>
Sexo: M () F () Profissão: <u>Assistente Social</u>	Fone: <u>9999-9999</u>
Endereço Residencial: <u>Rua da Liberdade, 123</u>	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>Igarassu</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso da Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: <u></u>	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada <u>2</u> Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo <u></u> () Arma Branca/Tipo: <u></u>	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: <u></u>	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Doença crônica, hipertensão, diabetes, uso de medicação.</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Doença crônica, hipertensão, diabetes, uso de medicação.</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): <u></u> Temperatura: <u></u> F.C.: <u></u> P.A.: <u></u>	
Vias Aéreas: FR <u></u> Dispnéia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100

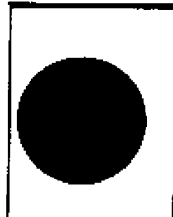


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 22:58



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/09/2019 23:01 - 28/09/2019 23:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPa DE IGARASSÚ, COM SENHA: 5781733, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, COLIDIU COM A MOTO NO POSTE, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

REC. 100
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

CLEDILSON JOSE DA HORA

COREN: PE 376167 - ENF

Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 23:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 497226

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 28/09/2019 23:10

Paciente: 129873 IGOR JOSE FELIX

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO

218

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Y/TIRA DE QUEIXA DE MOTO
COM TRAUMA EM PELE
ALTA ADEQUADA COMO 31/09/19

Exame Físico

W - EROS
CONSISTENTE ORIENTADO CURATIVO
MILITAR EXCESSO DE PDE

Hipótese Diagnóstico

EXALXPOSIÇÃO 5º PDE

Prescrição Médica

NO 34060

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	IGOR JOSE FELIX			6 - Nº Prontuário	129873
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	11 - Etnia	
704104196760973	07/12/1995	Masculino [X] Feminino []	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
12 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS			12 - Telefone de Contato	8198795533
13 - Nome Responsável	EMANUELE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO	260005	PE	53520090		
Município					
ALTO E LIMA					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PE ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM 5º PDE.
CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRÚRGICO

21 - Condições que justificam a internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E

24 - CID 10 Principal
S923

25 - CID 10 Secundário
M199

26 - CID 10 Causas Associadas
O4090506

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento
0415020069

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEdia

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	16339
SORMANE DE CARVALHO BRITO	28/09/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AI)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 497226



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 29/09/2019

Hora.: 04:26

Aviso de Cirurgia : 59834

Paciente : 129873

Convênio Atend. : 1

Leito : 229

Dt. Início : 29/09/2019 03:55

Cid Pré-Operatório : S923

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

IGOR JOSE FELIX

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 002

Dt. Fim : 29/09/2019 04:25

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 497228

Carteira :

Idade : 23 Anos

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA /
INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5º PDE

CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. ANTONIO QUEIROZ

1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO GRAVE, COM PERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA + LESÃO TENDINEA EM 5º PDE
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% -
7. FIXADO FRATURA COM 01 FIO K 1,0
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. RX DE CONTROLE
11. TALA BOTA

OBS.: VIGIAR PERFUSÃO DE 5º PDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 26.670

DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM: 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IGOR JOSÉ FELIX REG: 129873

IDADE: 23 SEXO: M DATA DA ALTA 29/09/2019 DATA DA ADMISSÃO 28/09/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5º PDE

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 29/09/2019: LC + DC + RAFI COM FIO K

ORIENTAÇÃO:

- MANTER TALA ATÉ RETORNO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANALGÉSICOS E CEFALEXINA)
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS, *PIGO, RETORNO EM 1 SEMANA*

*ORIENTO PACIENTE A OBSERVAR PERFUSÃO DE 5º PDE E RETORNAR AO HOSPITAL E
RECEBER PERFUSÃO AMPLIADA. O PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES.*

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM 27.749

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 497228

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX** Prontuário: 129873
Idade: 23a 9m 22d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 07/12/1995
Profissão: Escolaridade: CEP 53520090
R.G.: C.P.F.: Telefone: - ABREU E LIMA - PE
Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 28/09/2019 23:22
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGE! Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - LEITO 002
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29/09/19 Hora da Alta: :

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

Condições de Alta: CONTINUA EM ESTABILIZAÇÃO

Diagnóstico Principal.....: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE SE

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: LE + PLT + PLT COM AO L

Guilherme Borja Assis
Médico
CRM-PE 27.749

Médico e CRM:

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em ____ de ____ de ____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: IGOR JOSE FELIX DA SILVA REG: 129873

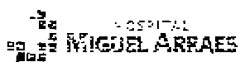
CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
28/9/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ + 2 HORAS COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM 5º PDE
	CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
	NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
	CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRURGICO
29/09/19	# SOT # SA.
14:40	HD: 1º DPO. MAFI COM KIOS K + LC + PL E FR/LX E 5º PDE.
	PACIENTE ESTÁVEL SEM QUEIMAS
	FLUXO CORE VORACICO, AFEBRIL.
	COM RENEGADO APTAL E MIE.
	# CD: MTA HOSP. ALAR 1 RETORNO EM 15 DIAS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/02/2021 14:27:36
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021014273601400000073483597
Número do documento: 21021014273601400000073483597



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Igor José Felix Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

#2007
10/01/20 (29/09/19) Excs. fl. xlate 5.º DE
10/01/20 (02/10/19) Apêndice 5.º DE

Evolveu para Emy Green
Dor de 2.º e 3.º DE
10. Sem sinais físicos
10/01/20 no 1.º e 2.º DE

Dr. Juliano Machado
Otorrinolaringologista
CRM 15.229-1/DF

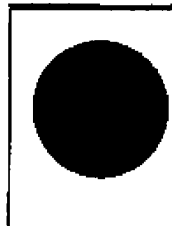


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e Hora retirada da senha: 04/10/2019 15:37



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/10/2019 15:56 - 04/10/2019 16:11

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO AMBULATÓRIO COM HISTÓRIA DE NECROSE DO 5º PDE.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.00 °C

REVISÃO
2019-11-14

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA
ENFERMEIRO(A)
04/10/2019 16:11

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/10/2019 16:11

ma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 498073

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 04/10/2019 16:21

Paciente: **SAME: 116522**

Sexo: FEMININO

Nome Soc: Paciente: IGOR JOSE FELIX
Data do N: Nome Social: 07/12/1995 Registro: 128873
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS
Estado Ci: Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
Endereço: Rua: RUA PEROBA Nº 218
Bairro: MATINHA
Cidade/UF: ABREU E LIMA

2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
SEVERINO FELIX DA SILVA
ORTOPEDIA CRM: 12346
Bairro: MATINHA
Endereço: SILVIASS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

TRAUMATISMO DO PÉ DIREITO HÁ 05 DIAS
SUBMETIDO A LIMPES E FIXAÇÃO

Exame Físico

WOUNDS DO OS PDE

Hipótese Diagnóstico

WOUNDS DO OS PDE

Prescrição Médica

① IMIPRESS

Ivan Márcio Guedes
Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO

5 - Nome do Paciente	SAME: 116522		
IGOR JOSE FELIX DA SILVA	Paciente	IGOR JOSE FELIX	
7 - Cartão Nacional do SUS	Nome Social		
8 - Data de Nascimento	Dt Nascimento	07/12/1995	Registro : 129873
9 - Sexo	Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS	
11 - Nome da Mãe	Pai	SEVERINO FELIX DA SILVA	
MARA JOSE DOS SANTOS	Endereço	RUA PEROBA	
13 - Nome Responsável	Bairro	MATINHA	
EMANUELE SILVA DE OLIVEIRA	Cidade	ABREU E LIMA	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	Nº 218		
RUA PEROBA, 218 - MATINHA	87955334		
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53585100

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
ENTE VITIMA DE TRAUMA DO 05º PDE HA 1 SEMANA, COM FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE SUBMETIDA A LIMPEZA E FIXAÇÃO. EVOLUI COM NECROSE DO 05 PDE			
21 - Condições que justificam a internação			
NECROSE DE DEDO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RADIOGRAFIA- FRATURA DO 05 PDE			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LESAO POR ESMAGAMENTO DO(S) ARTELHO(S)	S971 M87.2	V299	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	0408060042		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	22973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	04/10/2019	14501	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetos			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

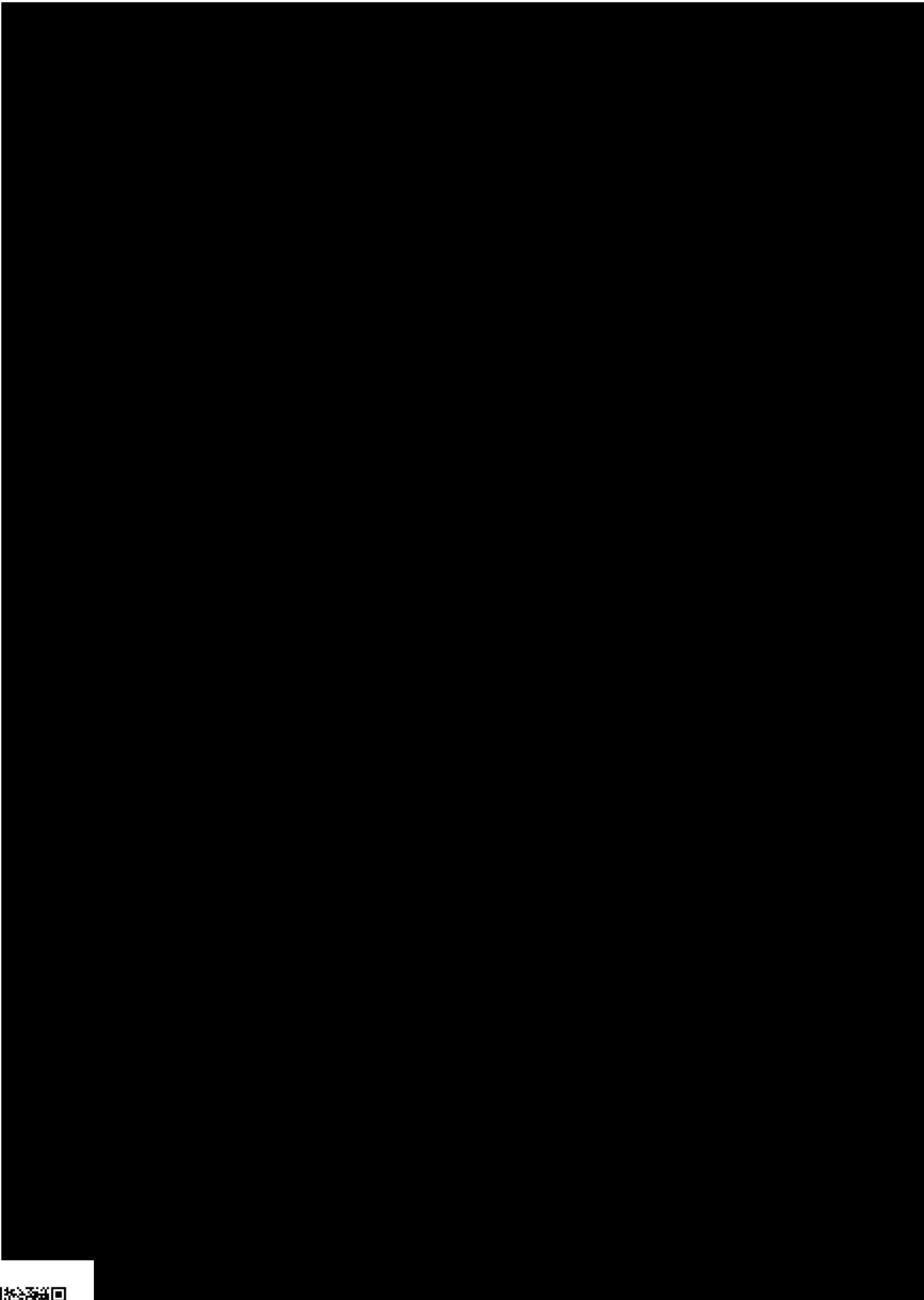
AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
	Dr. Adriano Talino Traumatologia / Ortopedia CRM - 20.671 / 1501 / 1995	

AIH
261910222162-6

Código do Laudo: 498073





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 498128

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA **SAME: 116522**
Idade: 23a 9m 29d **Sexo:** F **Estado Civil:** Paciente: IGOR JOSE FELIX
Profissão: **Escolaridade:** Nome Social:
R.G.: **C.P.F.:** Dt Nascimento: 07/12/1995 Registro: 129873
Endereço: RUA PEROBA, 218 Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA **Dados da** Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA N° 218
Convênio: SUS - INTERNACAO **Dat** Endereço: RUA PEROBA
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEdia **Acomodação:** ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO **Leito:** VERD2-19
Médico Internação: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: **R.G.:** **C.P.F.:** 01.11.19
Endereço: **Numero:** **Estado civil:** Efms.
Telefone: **Cidade:**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 06/10/19 **Hora da Alta:** 14:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Contatado. GG 7, Enfermeira Consciente
Diagnóstico Principal.....: Fract. Exp. 5° PDR + Hemorre
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Excedimento.....:
Dr. Adauto Teófilo
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TEÓF. 2000
Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 05 de 10 de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

PI

AME: 116522

Paciente IGOI JOSE FELIX
Nome Social
Dt Nascimento 07/2/1995 Registro : 129873
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS
Pai SVERINO FELIX DA SILVA
Endereço RUA PEROBA
Bairro MATINHA
Cidade ABREU E LIMA

CA

Nº 218

NOME
CLÍNICA: ORTOPEDIA ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
4/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:40	PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA DO PÉ HÁ 1 SEMANA
	COM EVOLUÇÃO PARA NECROSE DO 05º PDE
	CD- INDICO AMPUTAÇÃO
05/10/19	#SOT#
09:28	HD: Necrose do 5º PDE
	Em tempo, paciente avaliado por Dr. Gabriel Montaino, o qual indicou amputação para o caso, diante do aspecto necrótico do 5º PDE e a isquemia local.
	CD: Ao globo cirúrgico
	Forneco fumo de amputação.
06/10/19	#SOT#
12:23	HD: A mesma
	P.O (05/10): Amputação do 5º PDE com reconstrução de retalho não microcirúrgico
	Paciente estável sem queixas. FO limpa e seca, nega dor no sítio de amputação.
	ECG B, HQTG suprimida e afébril.
	CD: Alta hospitalar p/ seguimento ambulatorial.

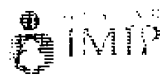
Ivan Márcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Dr. Luiz Roberto Montaino Guedes
CRM 21000

Dr. Luiz Roberto Montaino Guedes
CRM 21000
+ Dr. Felipe Nunes
CRM 21000



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

João Pedro Leite
Rua do Povo 1000
Família: João Pedro Leite
do 5º andar, 1000
Complexo de Saúde
do S.M. em 05/02/2021
foi prescrito o leite
materno e a
nutrição
com 598.1/2988

22/01/19

[Signature]

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA 5+81 733**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Jean de Jesus M. Silva Idade: 23

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Maracá

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com história de queda
de moto, sem lesões na cabeça

Hipótese Diagnóstica: Lesão externa em S100

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifoide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

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

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

fraco e dolorido



Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

EXAME NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Reguador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

Local e data

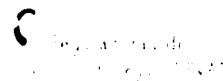
Médico Assistente

Cláudio

Ortopedia



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF: 122.846.584-31

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP.

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

	Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	07/12/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23 anos
	Senha:	0150
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PÉ E
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS. DM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Parda

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data de Nascimento: 07/12/1995

Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOSE BONIFACIO

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 63520395

Usuário Atendimento: CECILIAMRS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87955234

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg

DATA:

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queda no 1º andar há 3 horas

Queda com dor na cabeça

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
<i>COMOTINA 26 + M e P</i>	<i>Anticópsico 21.00</i>	
<i>COMOTINA 100g + 50g 9% de morfina</i>	<i>Costa Neto</i>	

Médico / Crenepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (x) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crenepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (parâmetros, resultados de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07. Paciente admitido na sala esperando transferência p/ H.M. A
medicação com frequência e efatetone 21:00h

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: Hum SENHA: 5781733

() ÓBITO Data: / / Às () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Crampe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA: : :

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AN. SERVIÇOS
Identidade: 8.914.565-5 SDS/PE CPF: 122.846.584-31
Endereço: RUA JOSÉ ROCHA FILI, nº 218, TIMBÓ,
ABREU E LIMA-PE, CEP: 53.520-395

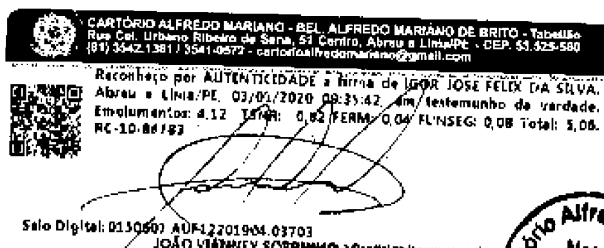
PROCURADOR(A):

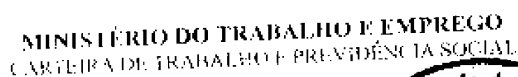
Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

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, Sineor (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 28/09/2019, 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.

ABREU E LIMA 03/03/2020
Local e data

 Igor José Felix da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)





2. Joo José da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



Nome: Sgar, José Felix da Silva
Esp. Nome: Diadema
Filiação: Secretário Felix da Silva
MORUA: Sgar José Santos
Data: 07.12.1995
Idade: 824.565.903 RE Ex. 12.01.2010

Chegada ao Brasil em Documento Nº

Expatriado em Estado

Obs.

Data Emissão 09.09.2013 SRTL
Firmado por Vitor da Silva

Prefeitura Mun. de Abreu e Lima
Adjunto Nunes Rocha de Mota
Assessor de Gabinete
Matrícula 42266

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

11. ora peluário e manic. est. civil e data de nascim.





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **122.846.584-31**

Nome: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Data de Nascimento: **07/12/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/09/2013**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:56:36** do dia **11/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A7D4.13C6.5644.D815**



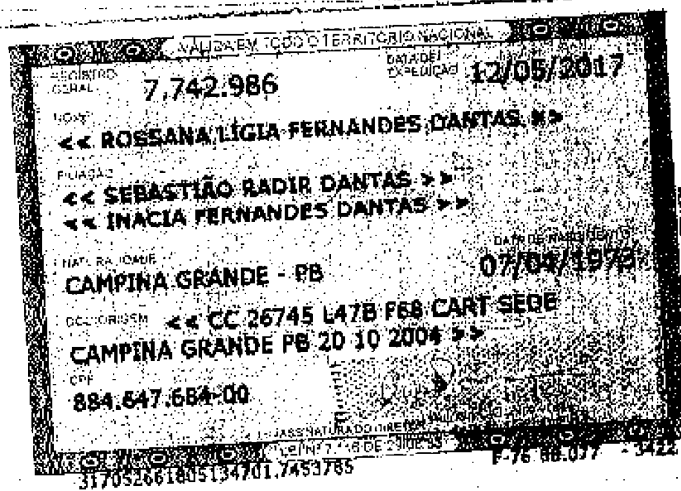
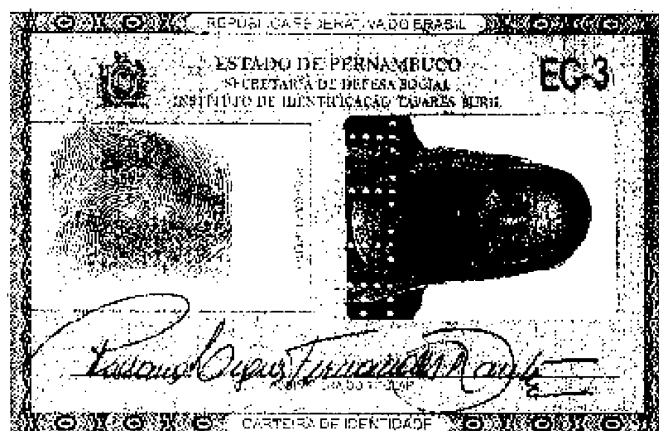
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.543, de 13/02/2015.)

11/12/2019 0

1 e 1







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PE Nº 014802653944

DETTRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	021.552.024-91	DATA DE EMISSÃO	25/02/19
COD. RENAVAM	116302653944	DATA DE PAGAMENTO	25/02/19

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ABREU E SILVA, IN. COSTA

PLACA	021.552.024-91	DATA DE EMISSÃO	25/02/19
COD. RENAVAM	116302653944	DATA DE PAGAMENTO	25/02/19

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

PE Nº 014802653944 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA

ABREU E SILVA, IN. COSTA