



20/07/2020

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**

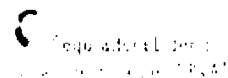
Segredo de justiça? **NÃO**

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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64928 196	20/07/2020 13:41	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:

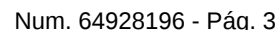
Observações:

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



20/12/2019 1



compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.100.0014398-2

FUNDAMENTO, AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

RUA JOAQUIM NABUCCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
 INSCRIÇÃO: 165.135.170.0445.000 GRUPO: 7 DER AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO	POTENCIAL	1	1
RECEBUELO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO PAGAMENTO
A175224252	29/11/2019	30/12/2019	MÉDIA 40

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. 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
MÉDIA:	01				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% 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	0 M3	64,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIQUÍDAS 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONIBILIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

108,92	1,85	1,80
108,92	7,60	8,76

VENCIMENTO: 15/01/2020

TOTAL A PAGAR: 131,16

MENSAGEM:

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

(81) 3221-3592/98476-3207





571132
0009461/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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**

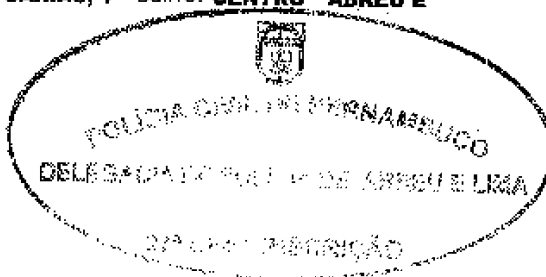
Complementa o BO Número: **19E0117003952**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PÚBLICA**

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:

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

VEÍCULO: (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: **- 988992185**

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 (VEÍCULO) 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: **9C2KC2200JR173007**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

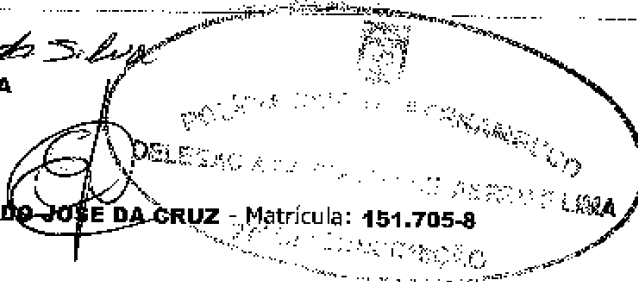
Complemento / Observação

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
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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ºCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0117003952

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

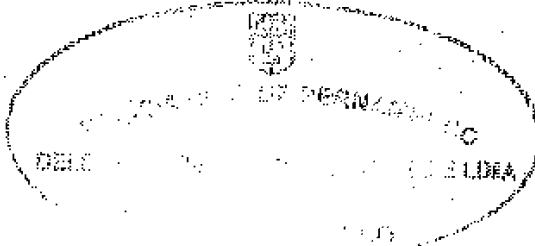
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 27/9/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 7 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **8914549/SS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **988392185**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **SIM 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 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/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 COMBUSTÍVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEÍCULO 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 ARRABES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO,
SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

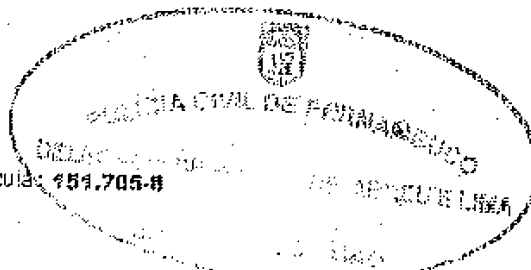
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

22/07/2020 Felix da Silva

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

ED

B.O. registrado por: ERINALDO JOSE DA CRUZ - Matrícula: 159.705-8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

218

CASA

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

TIMBÓ

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

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

balbunospe@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:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que 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 me submeter à avaliação médica às custas da seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 294/74 art. 3º, § 1º, declarando 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vivente)? ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 299 do Código Penal.

34

Impressão digitalizada eletronicamente

35 - Nome legível de quem assina a requerimento

36 - CPF legível de quem assina a requerimento

37 - (*) Assinatura de quem assina a requerimento

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Abreu e Lima/PE 04/10/2020
Igor Jose Felix da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (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 3221234 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 **JGOR JOSE FELIX DA SILVA**
inscrito (a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vitima
JGOR JOSE 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	Estado	CEP		
	ABREU E LIMA	PE	53520170		
Bairro	TIMBÓ	Telefone Comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
		(81) 3538 0069	(81) 98721.5834		
Email	balbinospe@hotmail.com				

Abreu e Lima/PE 08 de **Jan** 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 sinistro 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

218

CASA

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

TIUBO

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

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

balbunospe@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:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que 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 me submeter à avaliação médica às custas da seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei nº 294/74 art. 3º, § 1º, declarando 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vivente)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem se apresentarem e proverem 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 299 do Código Penal.

34

Impressão digitalizada eletronicamente

35 - Nome legível de quem assina a requerimento

36 - CPF legível de quem assina a requerimento

37 - (*) Assinatura de quem assina a requerimento

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Abreu e Lima/PE 04/10/2020
Igor Jose Felix da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - 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

Pag. 01523/01524 - carta_01 - INVALIDEZ

00020762





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 IMIP:

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 PE 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 dia 3 horas,
Queda no 2º dia 1 hora e 15 min*

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
<i>CELEBRINA 26 + M de Pseudo</i>	<i>21:00</i>	
<i>CELEBRINA 100g + SF 9,9% de reforço</i>		

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07 Paciente admitido na sala esperando transferência p/ H.M. A
indicação com prescrição e epafetina 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 () IMI

Médico / Grenepe:

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 (444) 33
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>João da Silva</u>	Idade: <u>25</u>
Sexo: M () F () Profissão: <u>Motorista</u>	Fone: <u>98765 4321</u>
Endereço Residencial: <u>Rua das Flores, 123</u>	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>M. Igarassu</u>	

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motociclista ()	
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: <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>Queimadura de 2º grau no antebraço direito</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Queimadura térmica de 2º grau</u>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA			
Glicemia Capilar (HGT): <u></u>	Temperatura: <u></u>	F.C.: <u></u>	P.A.: <u>x</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
---	---

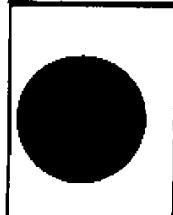


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

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 UPB 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

RECEBIDO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

CLEDILSON JOSE DA HORA

COREN PE 376167 - ENI

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

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

Senha da Classificação: [REDACTED]

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/TIRAR DE QUEIXA DE MOTO
COM + 12 ANOS EM DE LSI
ALTA ALLEGIAS COM 31/10/11

Exame Físico

VOZES
CONSISTENTE ORIENTADO SUPLENTO
MILITAR EXOSIA PE PDE

Hipótese Diagnóstica

EXALXEXPOSIA 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	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
704104196760973	07/12/1995	Masculino ☒ Feminino ☐	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8198795533
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	EMANUELE				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO	260005	PE	53520090		
Município					
ALFREDO E LIMA					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PÉ 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

S931

25 - CID 10 Secundário

M199

26 - CID 10 Causas Associadas

040805069

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento
0415020069

Descrição do Procedimento Solicitado

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)
	E2600000001	
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 ARRAES
MV 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

Sala : 0001 SALA 01

IGOR JOSE FELIX
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - LEITO 002
Dt. Fim : 29/09/2019 04:25

Atendimento : 497228
Carteira :
Idade : 23 Anos

Cid Pré-Operatório : S923

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Cid Pós-Operatório :

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 5° 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 ANTISSEPSE DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO GRAVE, COM PERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA + LESÃO TENDINEA EM 5° 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 5° 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, DILO, RETORNO EM 1 SEMANA

ORIENTO PACIENTE A OBSERVAR RENFUSO DE 5º PDE E RETORNAR AO HOSPITAL E
RENOVAR RENFUSO AMBULATORIAL. 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: R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 53520090
Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 28/09/2019 23:22
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGENCIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO 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: UNILATERAL EITÁVEL.

Diagnóstico Principal.....: FRATURA UNILATERAL EXPOSTA DE S= PE

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: LC+RC RAB COM AO L.

Guilherme Borba Assis
Médico
CRM-PE 27.749

Médico e CRM:

IGOR JOSE FELIX da Silva
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

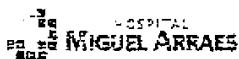
CLÍNICA: _____

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 DRº NAFI COM KUS K + LC + PL E Fx/LX E 5º PDE.
	PACIENTE ESTÁVEL SEM QUEIMAS
	FLB, LOTE LOPNICO, AFEBRIL.
	BA RENEGADO ASIMIL E MIE.
	# CD: MTA HOSP. DAAAN 1 RECIDIVO EM 15 DIAS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/07/2020 13:41:03
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072013410359000000063716886
Número do documento: 20072013410359000000063716886



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Igor José Felix Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

#2007
10/07/20 (29/09/19) Exames. fixados 5:30 PM
10/07/20 (04/10/19) Análises 5:30 PM

Evolutione de 10 e 10/07/20
Exames de 10/07/20
10/07/20 Exames de 10/07/20
10/07/20 Exames de 10/07/20

Dr. Juliano Machado
Otorrinolaringologista
CRM 15.475-1/SP

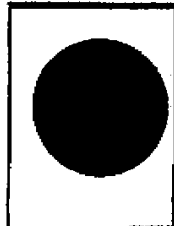


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da 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

REVICAR
CIH-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local:
Claudia Patricia da Silva
Enfermeira

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



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 498073

Senha da Classificação:

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

Paciente:

SAME: 116522

Sexo: FEMININO

Nome Soc

Paciente: IGOR JOSE FELIX

Data do N

Nome Social

De Nascimento

07/12/1995

Registro: 128873

Nome da

Mãe

MARIA JOSE DOS SANTOS

Estado Ci

Pai

SEVERINO FELIX DA SILVA

Endereço

Bairro

MATINHA

Cidade/UF

Cidade

ABREU E LIMA

Nº 218

Bairro: MATINHA

Endereço: SILVIASS

CRM: 12346

2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

SEVERIO FELIX DA SILVA

ORTOPEDIA

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 ESQUERDO EM 03 DIAS
SUBMETIDO A IMPLANTE E FIXAÇÃO

Exame Físico

WOUNDS DO 05° PDE

Hipótese Diagnóstico

WOUNDS DO 05° PDE

Prescrição Médica

① IMPLANTE

Ivan Márcio Guedes
Traumatologia
Cirurgia de 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	Paciente IGOR JOSE FELIX		
IGOR JOSE FELIX DA SILVA	Nome Social		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Registro
	07/12/1995	Masculino	129873
11 - Nome da Mãe	Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		
MARA JOSE DOS SANTOS	Pai SEVERINO FELIX DA SILVA		
13 - Nome Responsável	Endereço RUA PEROBA		
EMANUELE SILVA DE OLIVEIRA	Bairro MATINHA		
	Cidade ABREU E LIMA		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	Nº 218		
RUA PEROBA, 218 - MATINHA			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	280005	PE	53585100

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação		
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	NECROSE DE DEDO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código		
RADIOGRAFIA- FRATURA DO 05 PDE	LESÃO POR ESMAGAMENTO DO(S) ARTELHO(S)		
	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
	S971	V299	
	M87.7		

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	14322973450007
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 Trajeto			
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)	

AIH
261910222162-6

Dr. Antonio YVES
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TESP: 19995

Código do Laudo: 498073



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

Página: 0001

Data: 05/10/2019

Hora: 12:29

Aviso de Cirurgia : 59972

Paciente : 130057

Convênio Atend. : 1

Leito : 695

Dt. Início : 05/10/2019 11:55

Sid Pré-Operatório : S626

Sid Pós-Operatório : T348

Sala : 0004

SALA 04

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERD2-19

Dt. Fim : 05/10/2019 12:15

FRATURA DE OUTROS DEDOS

GELADURA, COM NECROSE DE TECIDOS, DO TORNOZELO E DO PE

Atendimento : 498128

Carteira :

Idade : 23 Anos

Procedimento: 0408060042

AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

URGIAO

18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: NECROSE DE 5º PDE PÓS-TRAUMÁTICA

INTERVENÇÃO: AMPUTAÇÃO DE 5º PDE COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHO NÃO-MICROCIRURGICO

OPERADOR: DR GABRIEL MONTEIRO

1º AUXILIAR: DR ICARO MÓLIM

ANESTESISTA: O PRÓPRIO

ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE DO MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADA NECROSE DE 5º PDE EM TODA SUA EXTENSÃO MEDIAL E PLANTAR COM ÁREA DE PELE PRESERVADA EM FACE DORSO-LATERAL
5. REALIZADA RETIRADA DE PONTOS DE SUTURA DE INTERVENÇÃO ANTERIOR E RESSECADO TODO O PODODACTILO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALANGICA PRESERVANDO CARTILAGEM ARTICULAR DA CABEÇA DO METATARSO E RETALHO DE PELE DORSO-LATERAL;
6. REALIZADO DEBRIDAMENTO DE RESTOS DE TECIDOS NECROTICOS + LIMPEZA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;
7. SUTURA DO RETALHO PARA FECHAMENTO DA FERIDA OPERATÓRIA;
8. CURATIVO ESTÉRIL COM GASE E ATADURA.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**01/11/19
GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM: 18412Dr. Igor José Felix da Silva
CRM: 23560
CRM: 23560DR(A) : GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM : 18412

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 498128

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Idade: 23a 9m 29d

Sexo: F

Estado Civil:

Profissão:

Escolaridade:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço: RUA PEROBA

, 218

Dados da

Dat

Cidade

Plano: GERAL

Paciente: IGOR JOSE FELIX

Nome Social:

07/12/1995

Registro: 129873

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Endereço: RUA PEROBA

Bairro: MATINHA

Cidade: ABREU E LIMA

Nº 218

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-19

Médico Internação: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

SAME: 116522

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:

☒

Melhorado

☐

A Pedido

☐

Transferência

☐

Óbito

☐

Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Prescrição.....

Dr. Adauto Teófilo
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.871 TEÓF. 10000

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

SAME: 116522

Paciente IGOI JOSE FELIX
Nome Social
Dt Nascimento 07/2/1995 Registro : 129873
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS
Pai SÉVERINO 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 Monteiro, o qual indicou amputação para o caso, diante do aspecto necrótico do 5º PDE e à isquemia local. CD: Ao globo cirúrgico Fornece termo de amputação.
06/10/19	# SOT #
12:23	HD: A mesma PO (05/10): Amputação do 5º PDE com reconstrução de retalho não microcirúrgico Paciente estável sem queixas. FO limpa e seca, sem dor no sítio de amputação. ECB, HGT, LUPN e afébril.

Ivan Márcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Dr. Luiz Roberto Moraes Gomes
CRM 21000

Dr. Luiz Roberto Moraes Gomes
CRM 21000



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Infante João Felipe
Pimenta Filho
Paciente Entregado a família
de acordo com o
compromisso de parto que
foi feito com o Dr. Dr.
Ricardo A. de Almeida
Médico
CD: 548.1/2988

22/11/19

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
20/07/2020 13:41:03

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 5781 733**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Jean José Roux M Nunes Idade: 23

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Moraújo

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 fraturas de membros superiores e inferiores, trauma com ferimentos na cabeça

Hipótese Diagnóstica: Ext. mx. ext. em s: 100

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

frat. Colateral



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 Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

Local e data

Médico Assistente

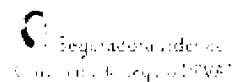
Cláudio

Proprietário

CRIME-PE



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 IMIP:

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:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PE 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 trauma no 1º andar

EXAME FÍSICO:

m: solteiro de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
<i>CELEBRINA 26 + M de Plavix</i>	<i>21:00</i>	
<i>CELEBRINA 100g + SFZ, 9% de NaCl</i>	<i>21:00</i>	

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07 Paciente admitido na sala esperando transferência p/ H.M. A
indicação com prescrição e epafetina 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 () IMI

Médico / Grenepe:

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-SDS/PE CPF: 122.846.584-31
Endereço: RUA JOSÉ ROUIFÉL, nº 218, TIMBÓ,
ABREU E LIMA-PE, CEP: 53.520-395

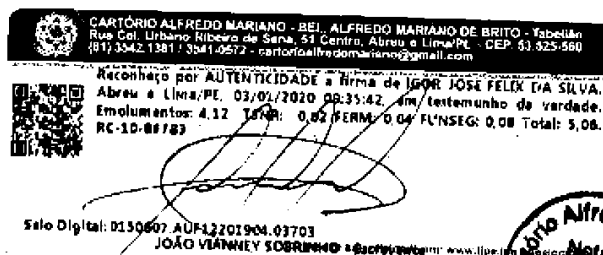
PROCURADOR(A):

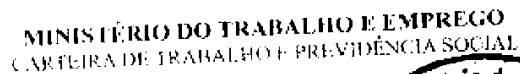
Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

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, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 28/08/2019, 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)





Número 03322 Série 000115

2 Joo José Félix da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



Nome Luiz José Felix da Silva
 Esp. Nasc. Dinamarca Esp. SP Data 07.12.1995
 Filiação Severino Felix da Silva
Maria José dos Santos
 Doc. N. RG 8914565-9 DS RE. Ex. 12.01.2010

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
 Exp. em Estado
 Obs.
 Data Emissão: 04.09.2013 SRTU
 Assinatura: M. G. da Silva

Assinatura do Funcionário

154
 Prefeitura Mun. de Abreu e Lima
 Adjunto Nunes Rocha de Matos
 Assessor de Gabinete
 Matrícula 42266

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Correlação a nome, est. civil e data de nasc.





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**

Digito 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**



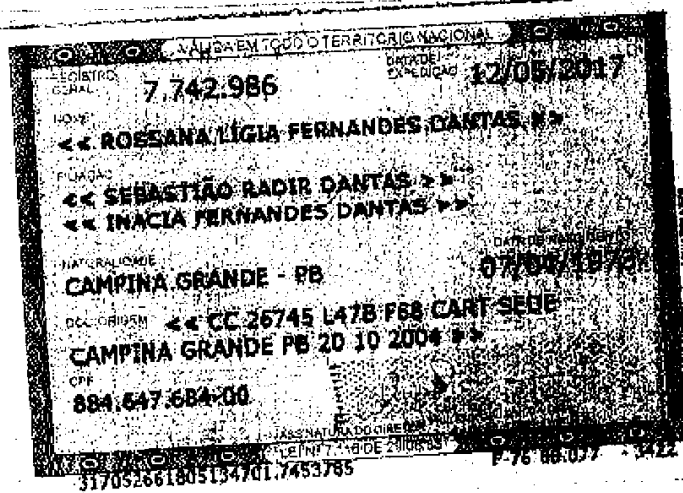
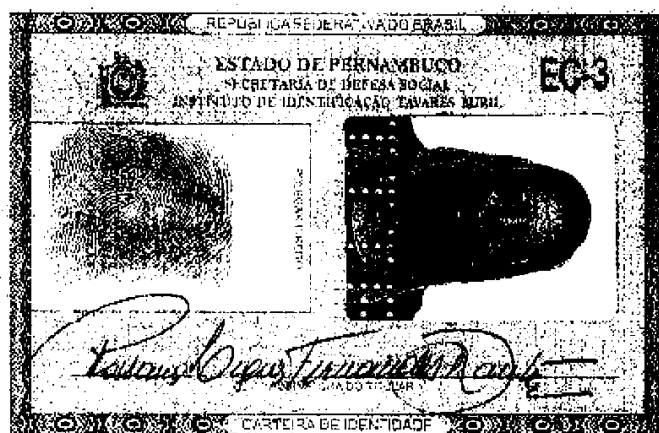
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.648, de 13/02/2015.)

11/12/2019 0

1 of 1







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802653944

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	116392813	DATA DE EMISSÃO	2019
DATA DE RENOV. ANUAL	11/03/2020	DATA DE EXPIRAÇÃO	2019

ANTILDES MARIA SILVA DE COSTA

ARREAJ E TAXA - R	921.552.024-91	PLACA	PCRR598
DATA ANT. / VP	11/03/2020	CHASSI	SC2KCC2200JRI15007

ESPECIE / MODELO ALFA ROMEO | CHASSI | SC2KCC2200JRI15007 |

DATA ANT. / VP	11/03/2020	DATA DE EXPIRAÇÃO	2019
----------------	------------	-------------------	------

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

DATA ANT. / VP 11/03/2020 | DATA DE EXPIRAÇÃO | 2019 |

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RES. DAI'S CAUSADOS POR VEICULO DE AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, C/ POR SUA CARGA, A PESSOAS E TRANSPORTADAS QUANDO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802653944 GILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTILDES MARIA SILVA DE COSTA
RUA JOSE BONIFACIO 191
CASA DOA ESPERANCA ABBEY 3 LINHA-ES
33590-390

ESTE É O SEU GILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 25/02/19

VA 1 CPT / CNPJ 921.552.024-91 PLACA PCRR598

RENAVAM 1163928130 BOMBA DO 100 2019

ANO FAB 2018 CHASSI SC2KCC2200JRI15007

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) 36.05 DESCONTAR (R\$) 0.05 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO GILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 10% DO INCLUIR DO SEGURO (R\$) 0.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/02/19

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ DA SEGURADORA 08.000.000/0001-04

ASSINAR E ENTREGAR O GILHETE DPVAT
SEM NAS E DE PARTE CARTELA FORNO

