

Unimed 
Recife

ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica
Drª. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREMEPE: 3367

FAC

9912368183/2015-DR/PE
UNIMED RECIFE

 **Correios**



CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-725



32 14536021 05871 00000002570 10 050220

VENCIMENTO
25/02/2020

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÃO 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Sito Flavio de Almeida Pires Feltes
inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Elizama de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 948467744 / 49
do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Elizama de Almeida
inscrito (a) no CPF sob o Nº 948467744 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prudente do Moraes</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Hipódromo</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52041-730</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 999268546</u>

Local e Data:

Recife, 10/03/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000096 Div. Op.

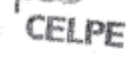
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ELIZAMA DE ALMEIDA, 46 anos, BRASILEIRA (a), SOLTEIRO(a), RG nº 5136962 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 948.467.744-49, residente à RUA SEIS DE JANEIRO, nº 433, CASA, AGUAS COMPRIDAS, OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/11/2019, por volta das 16:20 hs, no endereço: ESTRADA DE ÁGUAS COMPRIDAS, 1409, ÁGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESDD BRANCA PCD5906-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ELIZAMA DE ALMEIDA, inscrito sob o CPF nº 948.467.744-49 e Registro Geral nº 5136962, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798208-9 L. RIBEIRO. Foi transportado(a) para o XX. Registrado(a) com o prontuário nº 1560408. Ficou aos cuidados do médico DANIEL CABRAL, registro 24931. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 09/03 2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000096

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.838.932/0001-08 | Insc. Est. 0700943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ELIZAMA DE ALMEIDA
 INSC 276F04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA 08 DE JANEIRO 433 B

CPF 948 467 744-49

AGUAS COMPRIDAS/OLINDA
 OLINDA PE
 53180-220

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATADA MÊS: 09/2019
 4009065577
 DATA DE VENCIMENTO: 04/10/2019
 DATA DE EMISSÃO: 23/10/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$): 18,51

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	INSCRIÇÃO
0786138/8	04/09/2019	00000000
0786138/8	20/09/2019	00000000
0786138/8	20/09/2019	00000000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acrescimo Horário VERMELHA	30,0000000	0,57636041	17,29
			1,25
TOTAL DA FATURA			18,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
11429	47	15/09	175205	23/09	275205	10	1,0000		2,00

DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS

ICMS	PIS	COFINS	VALOR DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO
			10	0,14	0,06
			10	0,06	0,06

TARIFAS APLICADAS

RESERVADO AO FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pagar este valor até o vencimento. O não pagamento poderá acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal para fins de controle de consumo e pagamento. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal para fins de controle de consumo e pagamento. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal para fins de controle de consumo e pagamento.

STAMP DA CELPE PARA QUE VOCÊ POSSA CONTINUAR ABERTO

Valor: 18,51
 Data: 23/10/2019
 Valor: 18,51

DESCRIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

CONSUMO	VALOR APLICADO	VALOR APLICADO	VALOR APLICADO	VALOR APLICADO
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00
GBC	0,00	0,00	0,00	0,00

TIPOS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR	VALOR
220	202	231

CONTA CONTRATADA MÊS: 09/2019
 4009065577
 DATA DE VENCIMENTO: 04/10/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$): 18,51
 838800000003 185100110040 009065577101 202722310233

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:

9484677449

4 - Nome completo da vítima:

Elizama de Almeida

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

5 - Nome completo:

Elizama de Almeida

6 - CPF:

9484677449

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua O do Saneamento

9 - Número:

433

10 - Complemento:

B

11 - Bairro:

Aguaes Compridos

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53180220

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 983069265

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

7376

CONTA:

25343

6

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 o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

☐

Viuvo

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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife, 10/03/2020

Elizama de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

9484677449

4 - Nome completo da vítima:

Elizama de Almeida

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

5 - Nome completo:

Elizama de Almeida

6 - CPF:

9484677449

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua O do Saneamento

9 - Número:

433

10 - Complemento:

B

11 - Bairro:

Aguaes Compridos

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53180220

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 983069265

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

7376

CONTA:

25343

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 o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

☐

Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife, 10/03/2020

Elizama de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



581340
0087072/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0115000903**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2020** às **08:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/11/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA AGUAS COMPRIDAS, 1** - Bairro: **AGUAS COMPRIDAS** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA (OUTRO)
ELIZAMA DE ALMEIDA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA**

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

ELIZAMA DE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA GUILHERMINA DA SILVA ALMEIDA** Pai: **ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **1/1/1974** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5136962/SDS/PE (RG), 94846774449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 9830 69265**

Endereço Residencial: **RUA SEIS DE JANEIRO, 433, CASA B - CEP: 55000-000** - Bairro: **AGUAS COMPRIDAS** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA**
Categoria/Mercado/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD5916** PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/NÃO INFORMADO**
Descrição: **PROPRIEDADE DE ELI ANTONIO DE ALMEIDA**

Complemento / Observação

PILOTANDA POR GESSICA TAINA SANTOS ALMEIDA QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO
IDENTIFICADOS VEIO A COLIDIR EM SUA LATERAL FAZENDO COM QUE A VÍTIMA CAISSE NO CHÃO, ONDE FOI
SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADA PARA A UPA DE OLINDA E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA
O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CONFORME PRONTARIO Nº 131825.

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

* *Elizama de Almeida*
ELIZAMA DE ALMEIDA
(VITIMA)

B.C. registrado por: **SERGIO RICARDO RODRIGUES DE MELO** - Matrícula: **2217651**

Sergio Ricardo Rodrigues de Melo

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109804

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZAMA DE ALMEIDA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ELIZAMA DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007376

Conta: 0000025343-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109804

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIZAMA DE ALMEIDA

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

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZAMA DE ALMEIDA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07376

CONTA: 000000025343-6

Autenticação:

385EB210132E912DB91FA30D3C34B35A11754FC1D24F52CB39F2A22DFA7651C4

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087072/20

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

CPF: 948.467.744-49

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZAMA DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

ELIZAMA DE ALMEIDA : 948.467.744-49

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: 10/03/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109804 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO (FIXADOR EXTERNO/FIOS DE KIRSHNER). (P4)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE ARCOS DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Elizama de Almeida,
brasileiro(a), estado civil: solteira, CI/ RG nº 5.136.962 805
CPF/MF sob nº 948.467.744-49, residente e domiciliado(a) à rua
Rua 5 de Janeiro, Casa B, nº 433,
Bairro: Aguas Compridos, Cidade: Olimpia,
Estado: PE, CEP: 53180 - 220, Telefone: 983069265.

OUTORGADO(S): SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco e/ou TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RECIFE, 04 de 02 de 2020.

Elizama de Almeida
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

PE Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
ELIZAMA DE ALMEIDA
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 04 de fevereiro de 2020. Em
testemunha da verdade,
ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE)
SUBSTITUTA

Emol.: R\$ 3,71 - TCNR: R\$ 0,82 - FERC: R\$ 0,41 do FERM - Recife - Cartório do Arruda -
R\$ 0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 5,06 - Recife - Cartório do Arruda -
0074617.PQF02202001.00023 (13:30:58) - Recife - Cartório do Arruda -
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

15º Distrito
ARRUDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109804 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P4)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087072/20

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

CPF: 948.467.744-49

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZAMA DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

ELIZAMA DE ALMEIDA : 948.467.744-49

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: 10/03/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1217322893

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

Nome

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO



Doc. Identific. (RG, CNH, etc.)

8155533 RNE PE

CNP

692.655.184-72

Data Nascimento

18/01/1971

Flacão

AMORY DE LIMA PIRES

LEA ALMEIDA PIRES

RG

ACC

CAT. HVS

AD

Nº REGISTRO

02102847399

VALIDADE

20/08/2020

HABILITACAO

12/02/1989

Observações

sem observações

PRONTO PLASTIFICAR
1217322893

Cidade

OLINDA

PE

Data Emissão

20/11/2015

Assinatura do Detentor

12225414115

92060260057

DETENTOR (PE (P. NAMBUCO))

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 582 7213

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Ped: 829732 - ELIZAMA DE ALMEIDA Idade: 45

Sexo: M () F () Profissão: Mte: MARIA GULHERMINA DA SILVA Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Palmeira

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: Ques de moto com cinto e seguro

Hipótese Diagnóstica: Fx do péto tiam

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 Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação 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



Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		AT-506248	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES	
		2 - CNES 6431569	
		4 - CNES 6431569	
5 - Nome do Paciente		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
ELIZAMA DE ALMEIDA		6 - Nº Prontuário 131825	
7 - Cartão Nacional do SUS		8 - Data de Nascimento 01/01/1974	
		9 - Sexo Masculino ☐ 1 Feminino ☒ 3	
		10 - Raça/Cor 02 - Preta	
11 - Nome da Mãe MARIA GUILHERME DA SILVA ALMEIDA		10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável GESSICA		12 - Telefone de Contato 8134434989	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA SEIS DE JANEIRO, 433 - AGUAS COMPRIDAS		14 - Telefone de Contato 34434989	
16 - Município OLINDA		17 - IBGE 260960	
		18 - UF PE	
		19 - CEP 53180220	
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Paciente vítima de queda de moto com dor edema + deformidade em Joelho esquerdo. Paciente orientada eupneica estável nega alergias e comorbidades. R. edema deformidade.			
21 - Condições que justificam a internação			
CITADAS ACIMA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO			
23 - Diagnóstico Inicial / Código			
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA E			
24 - CID 10 Principal S821		25 - CID 10 Secundário W199	
		26 - CID 10 Causas Associadas V29.9 04.08.05.055-1	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA			
29 - Especialidade CIRÚRGICA		30 - Caráter de Atendimento 2	
31 - Documento (X) CNS () CPF		32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016278437533	
33 - Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO		34 - Data da Solicitação 30/11/2019	
		35 - Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador 16339	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito		39 - CNPJ Seguradora	
37 - () Acid. Trabalho Típico		40 - Nº Bilhete	
38 - () Acid. Trabalho Trajeto		41 - Série	
42 - CNPJ / Empresa		43 - CNAE / Empresa	
		44 - CBOR	
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos			
46 - Nome do Profissional Autorizador			
AUTORIZAÇÃO		47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	
48 - Documento () CNS () CPF		49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização		51 - Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador Mário Telino CRM 20671 TEOT: 15666	

AIH
261910224306-5

AIH
261910224307-6

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

Página.: 0001

Data.....: 01/12/2019

Hora.....: 01:33

Aviso de Cirurgia : 61272 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO
Leito : 703 VERD2-27
Dt. Início : 01/12/2019 00:20 Dt. Fim : 01/12/2019 01:05
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS
ANESTESISTA 24759 RICARDO DUARTE PIMENTEL

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR DE JOELHO + FIO K EM CONDILO LATERAL

OPERADOR: DR THIAGO DOS ANJOS

1º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA

2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA

ANESTESISTA: DR RICARDO DUARTE

ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR DE JOELHO
4. APOSIÇÃO DE FIO K EM CONDILO LATERAL COM REDUÇÃO POR PINÇA DE WEBER
6. VERIFICADA BOA REDUÇÃO A ESCOPIA
7. VERIFICADO BOA PERFUSAO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

FATURADO
27/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CNPJ 07.295.499

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ELIZAMA DE ALMEIDA

NOME SOCIAL:

IDADE: 45 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 30/11/19

DN: 01/01/74

REG: 131825

DATA DA ALTA: 18/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 01/12/19- FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO
- 14/12/19- RETIRADA DE FE+ RAFI COM PLACAS E PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- ➔ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 15 DIAS (01/01/2020) PELA URGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DE DR ANTONIO QUEIROZ
- ➔ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- ➔ FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- ➔ DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- ➔ NÃO PISAR COM MEMBRO OPERADO ;
- ➔ PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- ➔ RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL : BEG

FERIDA OPERATÓRIA: BOM ASPECTO SEM FLOGOSE

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Samuel Moura
Ortopedia / Traumatologia
UFPE 26.555

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/01/2020 10:53



Nome Paciente: ELIZAMA DE ALMEIDA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/01/1974
Sexo: Feminino
Idade: 46 anos
Senha: 0022
Convênio:
Atendimento:
SAME:

STOP

Período: 01/01/2020 11:00 - 01/01/2020 11:04

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE VEM COM ENCAMINHAMENTO DE ALTA COM RETORNO PARA EMERGENCIA A PEDIDO DE DR. ANTONIO QUEIROZ PACIENTE SUBMETIDA A FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE JOELHO E NEGA HAS E DM NEGA DOR E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 1
- FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM
- GLICOSE: 100.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ☒

Local
JOANA DARC SANTOS
COREN: 213370 - ENF

RECEBADO
HMA

FATURADO
14 / 01 / 2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/01/2020 11:04



Atendimento: 510592

Data e Hora: 01/01/2020 11:06

Senha da Classificação:

0022

Paciente: 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/01/1974

Idade: 46 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA GUILHERME DA SILVA ALMEIDA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SEIS DE JANEIRO

433

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ANACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com história de fratura de
PRATO TIBIAL (L) ORTODONTIA REALIZADA
NAFI COM PLACA E PARAFUSOS.

Exame Físico

PO SECA - LIMPA SEM DOR..
NEGA MÚLBAS - COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica

POS OP DE NAFI EM PRATO TIBIAL

Prescrição Médica

rx CONTROLE
+ REVALIAÇÃO

ALTA
AMBULATORIAL

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23599

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/01/2020 08:52



Nome Paciente: ELIZAMA DE ALMEIDA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/01/1974
Sexo: Feminino
Idade: 46 anos
Senha: P0003
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Handwritten signature

Período: 08/01/2020 09:52 - 08/01/2020 09:56

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE VEM COM ENCAMINHAMENTO DE DR. IAN LACERDA PARA RETORNO DE CIRURGIA ORTOPEDICA REFERE DOR E RUBOR EM MID NEGA HAS E DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 3
- FREQUENCIA CARDIACA: 80.00 BPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 119.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 61.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ☒
Local

Handwritten signature
JOANA DARC SANTOS DA SILVA
COREN: 213370 - ENF

RECEBIDO
08/01/2020

FATURADO
21 / 01 / 2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/01/2020 09:56

Atendimento: 511625
Senha da Classificação:
Data e Hora: 08/01/2020 10:00
78803
Paciente: 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA
Sexo: FEMININO
Nome Social:
Data do Nascimento: 01/01/1974 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA GUILHERME DA SILVA ALMEIDA
Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA SEIS DE JANEIRO
433
Bairro: AGUAS COMPRIDAS
Cidade/UF: OLINDA
PE
Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal

*Queixa em PO (15/01/2019) de fratura
de plavio TUBO (E) retornar na reavaliação
na Antena 1 Rubry*

Exame Físico

*FE limpa e seca. ME apresentando luxão de joelho 0°-90°, e/
NVC preservado.*

Hipótese Diagnóstico

PO TTD curvy de Fx de plavio TUBO (E)

Prescrição Médica
Nx

*Dr. Antônio Gomes
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 20340*

*Orientado por Dr. Antônio Gomes:
Retornar em 15 dias para reavaliação
Alta hospitalar.*

*Dr. Antônio Gomes
CRM-PE 21660 UNIM-BA 33039*

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência
() Transferido: Para _____
Senha: _____
() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/01/2020 09:34



Nome Paciente: ELIZAMA DE ALMEIDA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/01/1974
Sexo: Feminino
Idade: 46 anos
Senha: 0019
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/01/2020 11:49 - 22/01/2020 11:53

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

DOR NO MIE

Observação:

DEMANDA ESPONTANEA. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. TEVE ALTA HOSPITALAR 19/12/2019.

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 77.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 RPM
- GLICOSE: 55.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 139.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 76.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.20 °C

RECEBIDO
ALTIMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não

Local

Fernanda Souza da Camara Nascimento
Enfermeiro
COREN 273647

pele íntegra

FATURADO
06/02/2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/01/2020 11:53

Atendimento: 513849

Data e Hora: 22/01/2020 11:59

Senha da Classificação:

0019

Paciente: 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/01/1974 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA GUILHERMINA DA SILVA ALMEIDA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SEIS DE JANEIRO

433

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente (10/12/19) com dor no tornozelo direito.

Exame Físico

Ver P/ curativos no tornozelo direito, sem sinais de infecção. A dor é moderada, piora com a marcha.

Hipótese Diagnóstica

Trauma do tornozelo direito.

Prescrição Médica

Dor 7x

A Jantar II Após exame P/ tornozelo

João Bosco B. C. Neto

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 26.670

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

VIRE

