



Número: **0009928-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BERIVALDO FIRMINO NERES (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66243944	13/08/2020 10:27	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057338

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERIVALDO FIRMINO NERES

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 15473148





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:

074.186.404-55

4 - Nome completo da vítima:

BERIVALDO FIRMINO NERES

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

5 - Nome completo:

BERIVALDO FIRMINO NERES

6 - CPF:

074.186.404-55

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA SETENTA

9 - Número:

64

10 - Complemento:

101-03 AP02

11 - Bairro:

TRAGOSO

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53030-500

15 - E-mail:

balbrinospe@hotmail.com (8/999441109)

16 - Tel. (DDD):

(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:

☐

RECUSO INFORMAR

☒

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$2.001,00 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:

1581

CONTA:

00031604

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 o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as finalidades 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒

O IML que atenda 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 de trânsito, conforme Lei 6.194/74, Art. 3º, §1º, afirmando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima de seu companheiro(a):

☐Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não32 - 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcir o valor recebido, além na responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão e assinatura da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Olinda e Limão/PE 03/08/2020

BERIVALDO FIRMINO NERES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

.001 V002/2019



546076

0046831/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0116003671

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **12:03**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia
27/10/2019 às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MEXICO, 01** - Bairro: **RIO DOCE** - **OLINDA/PERNAMBUCO**
/ **BRASIL** Ponto de Referência: **PROXIMO A PRAÇA QUE VAI PARA O TODO DIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR: AGENTE)
BERIVALDO FIRMINO NERES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**

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

BERIVALDO FIRMINO NERES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIANE FIRMINO NERES**
Data de Nascimento: **30/9/1986** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07418640455**
(CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ASTRONOMO** Telefones Celulares:
- 996976459

Endereço Residencial: **RUA SETENTA, 02, BLOCO 03 APARTAMENTO 02 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM DE SILVERIO**

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

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

BICICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**
Categoria/Marca/Modelo: **UTILITARIO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA** que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**



Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO QUANDO ESTAVA TRANSITANDO -RUA MÉXICO COM SUA BICICLETA QUANDO DE REPENTE SURTIU UMA MOTO E LHE ATINGIU PELAS COSTAS CAUSANDO AVARIAS EM SUA BICICLETA NO GUIDOM E A LUVA ESQUERDA, QUE ELE AO CAIR SOFREU -TRAUMA NO BRAÇO DIREITO E NO QUEIXO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE OLINDA LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HSPITAL MI -GUEL ARRAES DE ALENCAR ON FOI CIRÚGIADO E QUE PASSOU 05(CINCO) DIAS INTERNADO NAQUELE -HOSPITAL.SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.XX

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

BERIVALDO FIRMINO NERES

BERIVALDO FIRMINO NERES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDEMAR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3809323**





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:

074.186.404-55

4 - Nome completo da vítima:

BERIVALDO FIRMINO NERES

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

5 - Nome completo:

BERIVALDO FIRMINO NERES

6 - CPF:

074.186.404-55

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA SETENTA

9 - Número:

64

10 - Complemento:

101-03 APD 02

11 - Bairro:

TRAGOSO

12 - Cidade:

OSINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53030-500

15 - E-mail:

balbrinospe@hotmail.com (81)999441109

16 - Tel. (DDD):

(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:

☐ RECUSO INFORMAR☐ SEM RENDA☒ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1581

CONTA:

00031604

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 o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as finalidades 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atenda 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 de trânsito, conforme Lei 6.194/74, Art. 3º, §1º, afirmando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado do segurado: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do

evento da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima de seu 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:

20 - Vítima deixou

nascimento (se 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 LIDER 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 condenação de ressarcir o valor recebido, além na responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
e assinatura
da vítima ou
beneficiário
não constituído

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Osindá e Lins/PE 03/08/2020

BERIVALDO FIRMINO NERES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

.001 V002/2019

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 16:55

	Nome Paciente:	GERIVALDO FIRMINO NEVES
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	0216
	Convênio:	
Atendimento:	SAME:	

Período: 27/10/2019 16:58 - 27/10/2019 16:57

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA DOR EM MSD

Observação: NG ALERGIA

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 16:57

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Atendimento: 1543608

Senha da Classificação:

Data e Hora: 27/10/2019 17:00

Sexo: MASCULINO

Paciente: 176380 BERIVALDO FIRMINO NERES

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986 Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

CRM: 1234587

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Bairro: JANGA

Endereço: SAO MARCOS

PE

Cep: 53439700

Usuário Atendimento: DANIELEMS

Cidade/UF: PAULISTA

Data de Emissão:

RG (Identidade):

Fone: 81 9768-9024 ESPOSA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Horas:

Queixa Principal

*Dores fortes no tornozelo direito
que começou há alguns dias
e não melhora com repouso.*

Exame Físico

Dr. deprimido no tornozelo direito.

Hipótese Diagnóstico

Fraqueza nos ligamentos (Ligamento)

C. Luta Terapêutica

Alívio da dor com analgésicos (Paracetamol).

Prescrição Médica

*- Analgésico
- CEPALON 400 mg
- TROMBOLIS 100 mg
- XAROPES 100 mg
- TAB 400 mg*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

UMA

Senha:

*Sérgio P. P. Junior
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 123456789
CNPJ: 00.000.000/0001-00*



1543608

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERIVALDO FIRMINO NERES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000031604-5

Nr. da Autenticação 9CAE85DDB220B089



**compesa**

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS - NUM. - 00895 - BA
IRRO NOVO OLINDA PE 53090-010

DADOS DO CLIENTE
 BERIVALDO FIRMINO NERES MATRICULA: 104874198 Set/2019
 R SETENTA, N. 00067 - BL 03 APT 002 - FRAGOSO OLINDA PE 53090-500
 INSCRICAO: 096.360.785.2451.078 GRUPO:18 DEB. AUTOMATICO: 104874198

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO A11S122329	DATA LEIT ANTERIOR 13/09/2019	DATA LEIT ATUAL 14/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO	

ÁGUA:
 LEIT ANT: 464 CONSUMO: 7
 LEIT ATU: 471
 LEIT FAT: 471

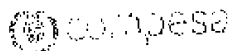
ESGOTO:
 LEIT ANT: VOLUME: 7
 LEIT ATU:
 LEIT FAT:

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

			NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM A LEGIS	
08/2019	06	/06	TURBIDEZ COR APARENTE CLORO RESIDUAL COLIF. TOTAIS E. COL	132	132	128
07/2019	06	/06		132	132	125
06/2019	09	/09		132	132	123
05/2019	07	/07		132	132	130
04/2019	06	/06		132	132	130
03/2019	08	/06		132	132	130
MEDIA:	07	/07	Qualidade de Água: www.compesa.com.br			





COMPANHIA SANEAMENTO DE CURITIBA
RUA JOAQUIM NABUCO, N.º 62200 - JARDIM ADELAIDE - CURITIBA - PR - 81250-170

PROCESSO Nº 20081310272782200000064993119
DATA DE EMISSÃO: 13/08/2020

ROSSANA LÍCIA FERNANDES DANTAS
RUA JOAQUIM NABUCO, N.º 62200 - JARDIM ADELAIDE - CURITIBA - PR - 81250-170

INSCRIÇÃO Nº 125.120.444-0000 GRUPO 7 - DTA. AUTOMÁTICA: 103668867

LIGADO: 103668867
POTENCIAL: 103668867
DATA DE VENCIMENTO: 28/11/2019
MÉDIA: 103668867

ÁGUA: 103668867
LIGADO: 103668867
POTENCIAL: 103668867
DATA DE VENCIMENTO: 28/11/2019
MÉDIA: 103668867

HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. 2004	ANÁLISES ATENDIDAS	ATENDIDAS
10/2019	01	TURBIDIDADE	48	48	48
09/2019	01	COR APARENTE	48	48	48
08/2019	01	COLOR RESIDUAL	48	48	48
07/2019	01	COLOR TOTAL	48	48	48
06/2019	01	PH	48	48	48
05/2019	01	QUANTIDADE DE ÁGUA: 600 LITROS			
MÉDIA:	01				

Obs.: (1) CONDIÇÕES TOTAIS ATENDIDAS DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
2200 PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESPECIFICADA COM O CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
2200 PARÂMETROS COM O TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1,09	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0,09	64,64
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA 9/12/2019		2,19
DEBÍTO DE 08/2019		0,96

1036,32	1,09	1,00
1036,32	0,09	8,28

15/08/2019

12/07/2019

MENSAGENS:
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATOR PENDENTE, AS
TÍTULOS DE R\$ 111,13, REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0600 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=29635>

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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 **BERIVALDO FIRMINO NERES**,

inscrito(a) no CPF sob o Nº **074.186.404-55**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **BERIVALDO FIRMINO NERES**, inscrito(a) no CPF sob o Nº **074.186.404-55**, 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 da residência, junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCCO		Número 200	Complemento CASA
Cidade TIMBÓ	Estado ABREU E LIMA	CEP PE	CEP 53520170
Email balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Assinatura e Data
Assinatura do Declarante
Assinatura do Declarante



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retrada da senha: 27/10/2019 16:55

Nome Paciente:	SERIVALDO FIRMINO NEVES
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	0216
Convênio:	
Aparentamento:	SAME

Período: 27/10/2019 16:56 - 27/10/2019 16:57

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE QUEDA DOR EM MEO

Observação:

NO ALERGIA

Exograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 16:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1543608

Senha de Classificação:

Data e Hora: 27/10/2019 17:08

Paciente: 176380 BERIVALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SAO MARGOS

111

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cap: 53439700

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81 9766-9024.65POSA

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Problema contuso no braço direito

queixa de dor no braço direito

Problema de dor no braço direito

Exame Físico

dr. de dor no braço direito

Hipótese Diagnóstica

Problema no braço direito (contuso)

C. Jefe Terapêutica

Problema no braço direito (contuso)

Prescrição Médica

CEFALEXIM

CEFALEXIM 500 mg (14 comprimidos)

Exame de dor no braço direito (contuso)

Exame de dor no braço direito (contuso)

Exame de dor no braço direito (contuso)

SAO MARGOS

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

UPA

Senha:

Sergio P. de Mello Junior
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 1234567
Carimbo Médico



1543608

MOBILIZAÇÃO



URA 24 HORAS - CLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 19:14

Nome Paciente:	BERIVALDO FIRMINO NERES
Cód. Paciente:	178299
Data de Nascimento:	30/09/1996
Sexo:	Masculino
Idade:	36 anos
Senha:	0288
Convênio:	
Atendimento:	SAME

Período: 27/10/2019 19:15 - 27/10/2019 19:15

MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE QUEDA COM TRAUMA EM FACE
JÁ ATENDIDO PELA TRAUMATO

Observação:

ALERGIA -

Histórico sintoma:

TRAUMA

Examinador(es):

FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

CLÍNICA GERAL

Acolhido(a) por: MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 19:15

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Ordinamento: 1543685

Senha de Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 27/10/2019 10:17

Paciente: 178390 BERIVALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986

Idade: 33 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

CRM: 123489

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

Bairro: JANGA

Endereço: SAO MARCOS

111

Usuário Atendimento: ERIKATF

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53439700

Data de Emissão:

Fone: 61 3768-9024 ESPOSA

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal:

Queda de bicicleta há 4h

fractura / dor

Admissão pelo SAMU / Ag. Trans

história recente

Exame Físico:

RCF = A S, repulsa

leito de fratura há 4h no local

A P/A / M = 2 / dor

Hipótese Diagnóstica

fractura / dor

Indicação Terapêutica

A sala de cirurgia

Ag. de anestesia

Martina Resende

CRM: 123456

Alina Elina

CRM: 123456

Prescrição Médica

Dr. Diana Cordeiro
10/10/2019

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha:

Pare:



1543685

Carimbo/Médico



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE MIP

Data e hora retirada da agenda: 28/10/2019 02:48

Nome Paciente: BERIVALDO FIRMINO NERES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/09/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33 anos
Senha: 0005
Convênio:
Atendimento: SAME

Período: 28/10/2019 03:14 - 28/10/2019 03:18

LAIS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontidão:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA UPA DE OLINDA, RELATA ACIDENTE COM BICICLETA, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM RADIO DISTAL DIREITO

Medicamento(s):

FAZ USO DE METFORMINA E GLIBENCLAMIDA

Observação:

NEGA ALERGIAS E HAS DM +

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- GLICOSE: 149.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- TEMPERATURA(C): 36.80 °C

RECIDADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Acolhido(a) por: LAIS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 03:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 501318

Data e Hora: 28/10/2019 03:22

Senha de Classificação: [REDACTED]

Paciente: 130784 BERNALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1988

Idade: 33 anos

Convênio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA 70

Cidade/UF: OLINDA

PE

67

Bairro: RIO DOCE

Usuário Atendimento: JULIANAPR

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 03:22

Queixa Principal:

Lesão traumática da UPA de Olinda, ciclista vítima de atropelamento por veículo no trânsito, apresentando dor no punho direito e dor no punho esquerdo. Não há lesão aparente, sem dor, sem edema.

Exame Físico:

CE, LEE, punho e ulnar. MSD. Deformidade e firmamento no dorso do punho direito. Não há dor à manipulação local.

Hipótese Diagnóstica

Fratura de terço distal do rádio D

Prescrição Médica

Solicitar RX p/ avaliação.

Quadrado por Dr. Jefferson Cardine.

Internamento ao bloco 25 03h

Data zero

Solicitar EAA

PPV

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:



HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MY 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 25/10/2019

Hora: 18:10

Aviso de Cirurgia: 80520

Paciente: 130784

Sala: 0002 SALA 02

Convênio Atend.: 1

BERIVALDO FIRMINO NERES

Atendimento: 581321

Leito: 744

SUS - INTERNAÇÃO

Cabeira:

DI. Inicio: 28/10/2019 18:40

VERD2-45

Idade: 63 Anos

DI. Fim: 28/10/2019 18:10

Cid. Pre-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Cid. Pós-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Procedimento: 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS

Convênio: 001

ANTEBRAÇO (PRINCIPAL)

Anestesia:

SUS - INTERNAÇÃO

CIRURGIÃO

ESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

11469 MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS SILVA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

CIRURGIA: RFFE COM FIXADOR EXTERNO DE COLLES

CIRURGIÃO: DR. FAGNER ATHAYDE

1º AUXÍLIO: DR. PEDRO CUNHA

2º AUXÍLIO: DR. ICARO

ANESTESIA: DRA. CONCEIÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO;

5. APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO DE COLLES COM 2 PINOS DISTAIS E 2 PINOS PROXIMAIS

6. CONTROLE COM RX

CURATIVO

7. BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

[Assinatura]
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM - 16863

DR(A): FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM: 16863

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Operatório
Ficha de Cirurgia Desportiva

Página: 0001

Data: 31/10/2019

Hora: 11:12

Aviso de Cirurgia: 00588

Paciente: 130784

Sala: 0002

SALA 02

Convênio Atend:

Leito:

BERIVALDO FIRMINO NERES

Atendimento:

Carlaia

Idade: 33 Anos

Dt. Início: 31/10/2019 09:50 Dt. Fim: 31/10/2019 11:20

Cid-Pré-Operatório: S525

Cid-Pos-Operatório: S625

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimento: 0408020407

Convênio: 001

Anestesia: 74

TRAT CIR FRAT EXTRE META DISTAL OSSOS AN (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMS

CIRURIAO

10605 FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO.

CIRURIA: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSINTESE COM PLACA 3.5MM E FIOS DE KIRSCHNER

CIRURIAO: DR FABIO COUTO

1º AUXILIO: DR PEDRO / DR LIVIO (RESIDENTES CIR. MÃO)

INSTRUMENTADOR (A): PIERLA

ANESTESISTA: DR GENESIO

ANESTESIA: BLOQUEIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. GARROTEAMENTO EM MSD
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
5. INCIÇÃO VOLAR (HENRY) DE 10CM
6. DISSEÇÃO POR PLANOS;
7. VISUALIZADA FRATURA FRAGMENTO GRANDE DA COLUNA RADIAL COM CISLHAMENTO + FRAGMENTO VOLAR ULNAR
8. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + FIXAÇÃO COM FIOS K 1.5MM
9. APOSIÇÃO DE PLACA 3.5MM EM T 5X4 FIXADA COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS (Nº 18)
10. OBSERVADA BOA REDUÇÃO;
11. SUTURA POR PLANOS
12. RETIRADA DE GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL

Assinados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

71

Dr. Pedro Thiago da Silva Lima
CRM 13112DR(A): FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES
CRM: 10605

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Dr. Amílcar Augusto

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: BEBIVALDO FIRMINO NERES

IDADE: 33

SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 28/10/19

REG: 120784

DATA DA ALTA: 1/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL À DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/10/19: RFFE COM FIXADOR EXTERNO DE COILES
- 31/10/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA 3,5 MM E FIOS DE K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOZE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Iuri Lacerda
CRM-PE 88927
CRM-PE 23542

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 501321

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **SERIVALDO FIRMINO NERES**
 Idade: 33a. 0m 28d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 130784
 Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 30/08/1986
 R.G.: 7737759 C.P.F.: 07418640435 Telefone: CEP: 53040970
 Endereço: RUA 70 67 - RIO DOCE - OLINDA - PE
 Origem: INTERNACAO
 Convênio: SUS - INTERNACAO
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Leito: VERDE-29
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA
Dados da Internação
 Data e Hora da Internação: 28/10/2019 04:41
 Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 01/11/19 Hora da Alta: 12:00
 Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
 Condições de Alta: BOA
 Diagnóstico Principal: FX RADIO DISTAL ULNAR
 Diagnóstico Secundário01: _____
 Diagnóstico Secundário02: _____
 Tratamento: 28/10 REFER Com fixação externa Colles
 31/10 Ajuste craveta e compressão com placa 3,5
 + FIOS K
 Responsável pela retirada do paciente: _____ Assinatura e RG: _____
 Médico e CRM: _____
 Dr. Ian Lacerda
 CRM-PE 13590

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 01 de 10 de 19

SERIVALDO FIRMINO

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: BERIVALDO FIRMINO NERES
CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG: 130784

LEITO:

DATA/HORA	
28/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
04:00	PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA, CICLISTA VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA NA CERCA DE 12h, APRESENTANDO DEFORMIDADE + FERIMENTO COM SANGRAMENTO INATIVO EM PUNHO DIREITO (MEMBRO DOMINANTE). DIABÉTICO NÃO INSULINO-DEPENDENTE, NEGA ALERGIAS.
AO EXAME:	EGR, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MSD: DEFORMIDADE + FERIMENTO NÃO SANGRANTE EM DORSO DE PUNHO DIR, COM NVC PRESERVADO.
HD:	FX LX DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO
CD:	ORIENTADO POR DR. JEFFERSON CALUMÉ: INTERNAMENTO AO BLOCO AS 7h DIETA ZERO

Dr. Luiz Roberto Magalhães Gomes
Médico
CRMPE 25635 - CARMED 31020

29/10/19
09:16

SOT

HD: FX LX de terço distal de rádio D.
PO (28/10): RFFE com fixador externo de Colles.
Paciente estável, sem queixas. MSD com fixador externo bem posicionado em punho e mão D, curativo limpo e seco. Livre mobilização de artelho e boa perfusão distal.
EGB, LOTE, eupneico e afebril.
CD: Solução LTB + P. cardíaco p/ programar 2º tempo cirúrgico.

30/10/19
12:06

SOT

HD: A mesma / PO: O. mesmo
Paciente estável, sem novas queixas. Fixador de Colles bem posicionado em MSD, nvc preservado e curativo limpo e seco.
EGB, LOTE, eupneico e afebril.
CD: Programa maioridade em 10 dias.

Dr. Luiz Roberto Magalhães Gomes
Médico
CRMPE 25635 - CARMED 31020





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Bernardo Emanuel Lima

Clinica:

Enfermaria:

Registro:

Leito:

Data/Hora

18/11/19

#50111

HD. Frase 1/3 Discl. do Tumor

(1) (Polo + Fio 12)

Pain to ser Oligod.

DE. Tolo GR. Mol. usado Dr. Gerson Hoff

MEDICO ASSISTENTE DR. FÁBIO COSTA

(2) Tolo Tolo

21/11/19

#Carga de mão #

PO OS Fx não 201 (1) 21 An

Cidadao

Neurocirurgia realizada de MSD.

Fo. Carga a ser

Co. (1) Mente há 1 mês

(2) Fato em 3 meses

(3) Rf no retorno

DE. FÁBIO COSTA



Atendimento: 501321

Dt. Atendimento: 26/10/2019 - 04:41

Dt. Alta: 01/11/2019 - 18:12

Paciente: 120784 BERIVALDO FIRMINO NERES

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta: 0301066070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

EVANIL OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUELARRAES DE ALENCAR



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 501318 Prontuário: 130784 SAME: 117402 Hora Atend: 03:22 Data Atend: 28/10/2019
Paciente.....: SERIVALDO FIRMINO NERES
Endereço.....: RUA 70 Idade: 33 a
Bairro.....: RIO DOCE
Cidade.....: OLINDA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA UF: PE CEP: 58840970
CID Principal.....: Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída.....: 28/10/2019 Hora Saída: 04:39

Prontuário de Referência: 130784

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12348
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALEXCAR





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()	SENHA 6806351
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>PAULO RO - PE</u>	Idade: <u>33</u>
Sexo: M () F () Profissão: <u>PROFESSOR</u>	Fone: <u>3333-3333</u>
Endereço Residencial: <u>AV. ...</u>	Bairro: <u>...</u>
Cidade: <u>PAULO RO - PE</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 de 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>...</u> Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Arma Branca/Tipo: <u>...</u>	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Ditar: <u>...</u>	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Captamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Queda a partir de 10m e dor no pescoço</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura crânio e dor no pescoço</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): <u>...</u>	Temperatura: <u>...</u> FC: <u>...</u> PA: <u>...</u>
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 ()	Batimentos Cardíacos: Normofonéticos () Hipofonéticos ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N ()	Desidratado: S () N () Ictérica: 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

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Inresponsivo ()

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 Estimulo Doloroso 5
Retirada do Estimulo Doloroso 4
Desorientação 3
Desconstrução 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

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-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

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

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hábito Alcolóico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso de outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cria () Cocaína () Crack () Lanche-perfume () Anfetaminas () Extase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Galeter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade: _____

FlO2: _____

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

Fratura crânio e no osso da

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

15/11

Hora: _____

21/10/19

Local e data

Sérgio Phelip
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 20.120
TEO Médico Assistente





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **074.186.404-55**

Nome: **BERIVALDO FIRMINO NERES**

Data de Nascimento: **30/09/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/04/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:10:39** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F45F.EB46.E4C3.4562**



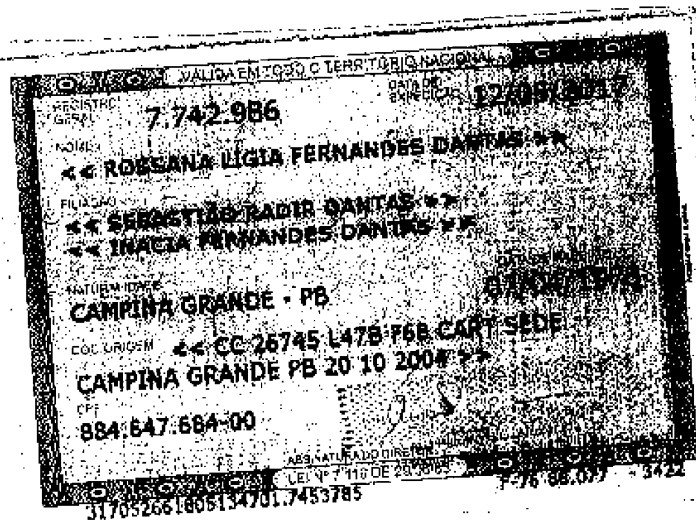
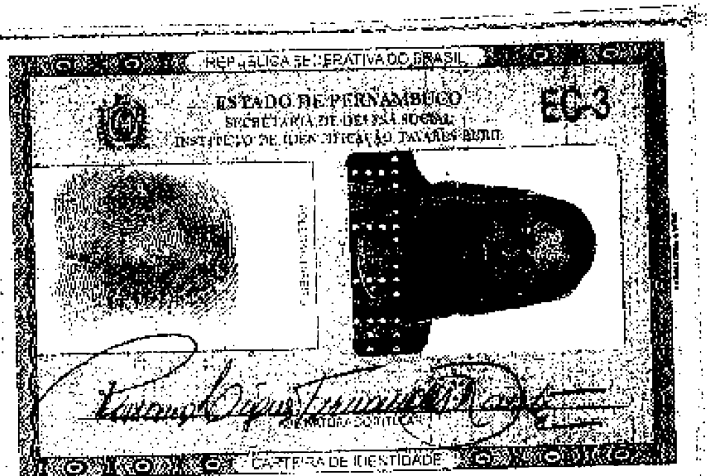
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

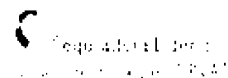
20/12/2019

1 of 1





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046881/20
Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES
CPF: 074.186.404-55
CPF de: Próprio
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
Data do acidente: 27/10/2019
Titular do CPF: BERIVALDO FIRMINO NERES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

BERIVALDO FIRMINO NERES : 074.186.404-55

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: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
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: 3200057338

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

Data do acidente: 27/10/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS- PAG 7,8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057338

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

Data do acidente: 27/10/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS- PAG 7,8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: BERIVALDO FIRMINO NERES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MOTORISTA
Identidade: 7.737239 SDS/PE CPF: 074.486.404-55
Endereço: RUA SETENTA Nº 67, BL-03, APTº 02
FRANCO, OLINDA/PE. CEP. 53.090.500.

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 27/10/2019, cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe 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.

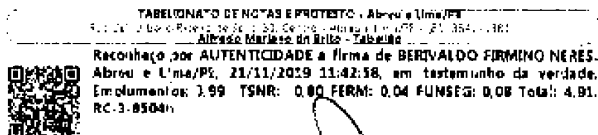
A.ELIMA 21/11/2019

Local e data



BERIVALDO FIRMINO NERES

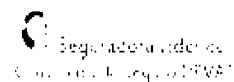
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



Selo Digital: 0150807 GMPQ11201901.00641
Oygo Montenegro Valadarez Pires - Escritura



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046881/20

Vítima: BERIVALDO FIRMINO NERES

CPF: 074.186.404-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: BERIVALDO FIRMINO NERES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

BERIVALDO FIRMINO NERES : 074.186.404-55

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: 04/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

