



Número: **0021845-56.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

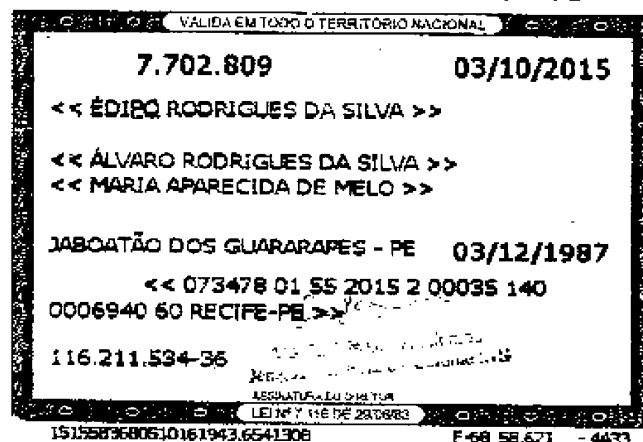
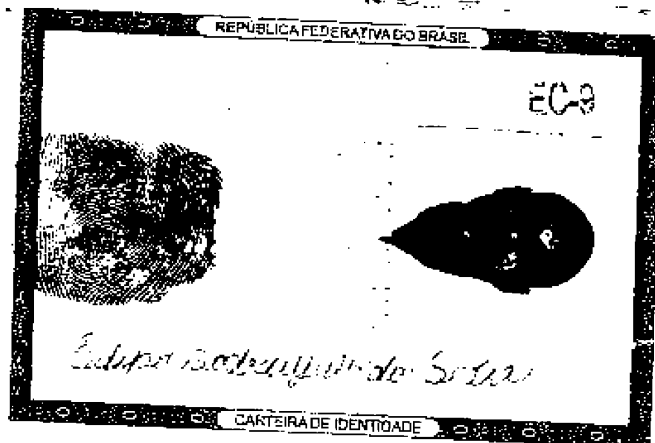
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIPO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		MARIA DAS GRACAS LUCENA AMANCIO TAVARES DE SA PRAGANA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66403876	17/08/2020 10:27	ANEXO 1	Outros (Documento)



 **MINISTERIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

116.211.534-36

Nome

EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Nascimento

03/12/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Edipeo Petrópolis da Silva
Data do Acidente: 18/11/19 CPF da vítima: _____
Portador da documentação: ☐ Vítima ☒ Representante legal, cujo nome será o da vítima e:
Qualificação do Portador: _____
Endereço do portador: _____
Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: () _____
E-mail: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Declaração de Autência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade da Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou mãe)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: _____
Identidade: _____
Assinatura: Edipeo Petrópolis da Silva

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☒ Comprovantes originais e legíveis das despesas médicas hospitalares quitadas
☒ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recibo do médico (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade da Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou mãe)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 027 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 18/11/19
Nome: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o SAC www.sacdpvatt.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4000-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8188 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2369 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 084595

Nome do beneficiário: Ed. p. R. Rodrigues da Silva

Data da solicitação: 06.04.2020
DD/MM/AA

CPF do beneficiário: 116.231.534-06

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 84 997540441

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(s) documento(s) novo(s) apresentar:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Solução de Questão

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(descreva)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Informe que foi estab. de alta definitiva, não tendo nenhum tratamento para fazer e nenhum novo documento.

06.04.2020

Local e Data

Edipe Rodrigues da Silva

Assinatura do beneficiário ou de quem recebe o pedido (e logo)

Observações

Depois de preencher todos os dados, legíveis e corretos, envie o original ao mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre a apresentação de documentos:

O não atendimento dentro dos prazos estabelecidos configura, automaticamente, abandono do pedido, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (e seu sigilo).





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Eduardo Petrucio da Silva		
Data do Acidente:	18/11/19	CPF da vítima:	
Portador da documentação:	☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo nome/razão com a vítima é:		
Qualificação do Portador:			
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Tel(fone): ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ **Obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou mãe)**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recibo/impressão (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ **Obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou mãe)**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 072 17 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	18/11/19
Nome:	Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200084595

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Data do acidente: 18/11/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE, fratura de radio distal direito

Descrição do exame físico: vítima consciente e orientado ao exame, sem déficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com o entrevistador.

físico: Apresenta cicatriz cirúrgica no punho direito, realiza flexão a cerca de 30 graus, extensão a 20 graus, déficit de força grave, hipotrofia local.

Resultados terapêuticos: osteossíntese na fratura de punho, suporte clínico para o TCE, ainda em fisioterapia e acompanhamento médico ortopédico. Em tratamento

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 10/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Recomendamos nova avaliação médica em 60 dias.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200142047

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Data do acidente: 18/11/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PUNHO:OSTEOSSÍNTESE), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos 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: 3200142047

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Data do acidente: 18/11/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PUNHO:OSTEOSSÍNTESE), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

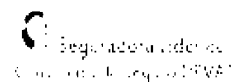
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	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-0068159/20

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 116.211.534-36

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 18/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDIPO RODRIGUES DA SILVA : 116.211.534-36

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: 19/02/2020
Nome: EDIPO RODRIGUES DA SILVA
CPF: 116.211.534-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

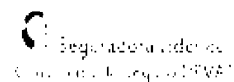
Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

EDIPO RODRIGUES DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110734/20

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 116.211.534-36

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 18/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDIPO RODRIGUES DA SILVA : 116.211.534-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/04/2020
Nome: EDIPO RODRIGUES DA SILVA
CPF: 116.211.534-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

EDIPO RODRIGUES DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 116.221.534-36 4 - Nome completo da vítima: Edipo Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Edipo Rodrigues da Silva 6 - CPF: 116.221.534-36
7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: 11 - Fátima Guaraná - Curitiba 9 - Número: 10 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Cohab 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.090-50
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 993340111

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos ebanos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 32026 CONTA: 0516943
(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 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 LIDER 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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, 23 de abril de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edipo Rodrigues da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

FPS.DQ1.V002/2019

Digitalizada com CamScanner

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200084595**

Nome do(a) Examinado(a): **EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Travessa Guaraciaba, 79 - Recife - PE - CEP 51290-501**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7702809**

Data e local do acidente: [**18/11/2019**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**10/03/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TCE, fratura de radio distal direito

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima consciente e orientado ao exame, sem déficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com o entrevistador. Apresenta cicatriz cirúrgica no punho direito, realiza flexão a cerca de 30 graus, extensão a 20 graus, déficit de força grave, hipotrofia local.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

osteossíntese na fratura de punho, suporte clínico para o TCE, ainda em fisioterapia e acompanhamento médico ortopédico. Em tratamento

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(X) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em 60 dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142047

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15695098





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, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142047

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01373/01374 - carta_25 - INVALIDEZ

00010687





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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142047

Vítima: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIPO RODRIGUES DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **EDIPO RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000003202-6**

Conta: **00000516943-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

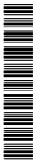
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01575/01576 - carta_15R - INVALIDEZ

00020788





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 116 211.534.36 3 - CPF da vítima: 116 211.534.36 4 - Nome completo da vítima: Edipe Rodrigues do Silva

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

5 - Nome completo: Edipe Rodrigues do Silva 6 - CPF: 116 211 534 36
7 - Profissão: TV Guorocicha 9 - Número: 79 10 - Complemento:
11 - Bairro: Colômb 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.290-501
15 - E-mail: (81) 93514011

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0047 CONTA: 35276
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 o tanto, desde já e irrevogavelmente 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 sequenciamento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (verbo(s))?: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem se apresentar em e provar em esta indenização, 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

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 18 fevereiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edipe Rodrigues do Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 116.211.534.36 4 - Nome completo da vítima: Edipe Rodrigues do Silva

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

5 - Nome completo: Edipe Rodrigues do Silva 6 - CPF: 116.211.534.36
7 - Profissão: TV Guorocicha 8 - Endereço: TV Guorocicha 9 - Número: 79 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Solob 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.290-501
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD) (81) 99514011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0047 CONTA: 35276 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 o fundo, 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 5.394/74), 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.

Soluto 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 discorda do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou casteiro(s) viúvo(s)? ☐ 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

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 18 fevereiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edipe Rodrigues do Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 810ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA - DP10ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0100002713

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/12/2019** às **14:19**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/11/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA GUARACIABA, 1, UR 04 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO local do Fato: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / ASSENTE),
ÉDIPU RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)

Delegado(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Quais modelos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
SR(a): (A - Quais modelos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ÉDIPU RODRIGUES DA SILVA**

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

ÉDIPU RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** (Mãe: **MARIA APARECIDA DE MELO** - Pai: **ÁLVARO RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **31/12/1957** Nacionalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO - BRASIL**
Endereço: (Rua/Av/Travessa/Alameda/Quilombo/Quiladão/Quilombo) **INL PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residência: **RUA REMANSO, 23, UR 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCADARIA**

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **ÉDIPU RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ÉDIPU RODRIGUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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

file:///C:/Users/Policia%20Civil/infopol/xm/ROEPreview.html

10/12/2019



Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEIL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Cor do veículo: **Não Informada** - Cor/código: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Nome: **KNESSER PERNALEIRO NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRANSITAVA PELA CITADA VIA E NUM CRUZAMENTO DEU DE CARA COM O VEICULO DA VITIMA QUE VINHA NA CONTRA MAO E O ATROPELOU. O VEICULO BATEU NO CICLISTA E O DERRUBOU PROXIMO AD MEIO FIO. A VITIMA NANTEVE-SE ACORDADA, O AUTOR O SOCORREU PARA POLICLINICA DO IEURA E FOI EMBORA SEM DEIXAR QUALQUER DADO QUE O IDENTIFICASSE, POREM A PLACA DE SEU VEICULO FOI ANOTADA POR POPULARES QUE PRESENCIARAM O FATO. COM A COLISAO A VITIMA TEVE FRATURA NO PUNHO DIREITO, TENDO QUE COLOCAR PLATINA E PARAFUSO NO MEMBRO. A VITIMA DISSE PRECISOU FICAR UM TOTAL DE 12 DIAS INTERNADA POR CAUSA DOS FERIMENTOS. A BICICLETA DA VITIMA FICOU TOTALMENTE INUTILIZAVEL DEVIDO A COLISAO. DIANTE DA SITUAÇÃO, PEDE PROVIDENCIAS.

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

ÉDIPQ RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado com: **ALEXANDRE ALVES SIMÃO** - Matrícula: **350664-9**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 810ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA - DP10ªCIRC DIM/3ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0100002713

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/12/2019** às **14:19**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA GUARACIABA, 1, UR 04 - Bairro: COHAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO local do Fato: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE), ÉDIPO RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Gênero: Outros) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONECIDO (AUTOR / AGENTE) motivo(s) que estava em posse do(a) Sr(s): ÉDIPO RODRIGUES DA SILVA

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

ÉDIPO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Não: MARIA APARECIDA DE MELO
Per: ÁLVARO RODRIGUES DA SILVA Data de Nascimento: 31/12/1987 Nacionalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço: Rua 1912 Norte - 1ª etapa da casa popular nº11 INL PARA EXAME DE CORPO DELITO
Endereço Real: Rua RUA REMANSO, 23, UR 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAS - RECIFE/PERNAMBUCO-BRASIL, ESCADARIA

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): ÉDIPO RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ÉDIPO RODRIGUES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: AMARELA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEÍCULO DO AUTOR (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(s): DESCONECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONECIDO

<file:///C:/Users/Policia%20Civil/Intepol/xm/ROEPreview.html>

10/12/2019



Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Cor do veículo: Não Informada - Cor: 0000 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Nome: **KNESES PERNALEIRO NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRANSITAVA PELA CITADA VIA E NUM CRUZAMENTO DEU DE CARA COM O VEICULO DA VITIMA QUE VINHA NA CONTRA MAO E O ATROPELOU, O VEICULO BATEU NO CICLISTA E O DERRUBOU PROXIMO AO MEIO FIO. A VITIMA NANTEVE-SE ACORDADA, O AUTOR O SOCORREU PARA POLICLINICA DO IEURA E FOI EMBORA SEM DEIXAR QUALQUER DADO QUE O IDENTIFICASSE, POREM A PLACA DE SEU VEICULO FOI ANOTADA POR POPULARES QUE PRESENCIARAM O FATO. COM A COLISAO A VITMA TEVE FRATURA NO PUNHO DIREITO, TENDO QUE COLOCAR PLATINA E PARAFUSO NO MEMBRO. A VITIMA DISSE PRECISOU FICAR UM TOTAL DE 12 DIAS INTERNADA POR CAUSA DOS FERIMENTOS. A BICICLETA DA VITIMA FICOU TOTALMENTE INUTILIZAVEL DEVIDO A COLISAO. DIANTE DA SITUAÇÃO, PEDE PROVIDENCIAS.

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

ÉDIPQ RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado com: **ALEXANDRE ALVES SIMÃO - Matrícula: 350664-B**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 116 211.534.36 3 - CPF da vítima: 116 211.534.36 4 - Nome completo da vítima: Edipe Rodrigues do Silva

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

5 - Nome completo: Edipe Rodrigues do Silva 6 - CPF: 116 211 534 36
7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: TV Guoracioba 9 - Número: 79 10 - Complemento:
11 - Bairro: Solib 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.280-501
15 - E-mail: (81) 93514011

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: 0047 CONTA: 35276
(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 o tanto, desde já e irrevogavelmente 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 sequenciamento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem se apresentar em e provar em esta indenização, 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS-001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ OMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **Edipo Rodrigues da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPREP Nº 446/2017

5 - Nome completo: **Edipo Rodrigues da Silva** 6 - CPF: **156.211.534.36**
7 - Profissão: **Carro** 8 - Endereço: **TV Guorocoba** 9 - Número: **19** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Solob** 12 - Cidade: **Ribeirão Preto** 13 - Estado: **SP** 14 - CEP: **13.129-501**
15 - E-mail: **(81) 93114011**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (241) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0047** CONTA: **35276** 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 e 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 IMIL - 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 LIDER 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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 30 - Vítima possui irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima possui pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Ribeirão Preto, 18 de fevereiro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Edipo Rodrigues da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIPO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03202-6

CONTA: 000000516943-7

Nr. Autenticação

BRADESCO3004202005000000000023703202000000516943168750 PAGO





CELPE

Centro Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

CONCEPÇÃO ELÉTRICA - SANTA CRUZ DE CARMÃO, RJ

Conceição Elétrica de Pernambuco
R. João de Santa, 111 - 4001-100, Recife - PE CEP 51050-000
CNPJ 16.814.932/0001-49 - Insc. Est. 2706943-001 - www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RUA: RUA DA AGRICULTURA

CPF: 111.111.111-00

CLASSIFICAÇÃO

SE: RESIDENCIAL

INSCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

4008313550

17/7/2019

22/11/2019

17/12/2019

18,50

4008313550	17/7/2019
22/11/2019	17/12/2019
18,50	

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica	100 kWh	10,00
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25

VALORES DA FATURA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica	100 kWh	10,00	10,00
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25	0,25
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25	0,25
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25	0,25
Imposto de consumo de energia elétrica		0,25	0,25
Total			18,50

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONSTANTES	ALISTE	CONSUMO (kWh)
4008313550	1	10/11/2019	100	10/11/2019	100	1	1	100

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica	10,00
Imposto de consumo de energia elétrica	0,25
Imposto de consumo de energia elétrica	0,25
Imposto de consumo de energia elétrica	0,25
Imposto de consumo de energia elétrica	0,25
Total	18,50





CELPE

Centro Social de Energia Elétrica, Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE - COMPANHIA PARANAENSE DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Paranaense de Energia Elétrica
Av. João de Barros, 731 - Ponta Grossa, Paraná - CEP 81200-000
CNPJ 10.835.970/0001-04 - Fone: (41) 3207-9433 - www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 031.111.004-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
(Nº e Nome da Rua, Nº)

Endereço: Rua
Nº: 100, Bloco: 01
Bairro: Centro

CLASSIFICAÇÃO
SE: RESIDENCIAL
R: RESIDENCIAL

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM
12/2019	12/01/2019	12/31/2019

4008313550	11/2019
22/11/2019	17/12/2019
18,50	

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica	18,50 kWh	1,00	18,50
Imposto de Renda			0,25
Imposto de Renda			0,61
Imposto de Renda			0,21
Imposto de Renda			0,08

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONSTANTES	ALISTE	CONSUMO (kWh)
4008313550	1	10/12/2019	10000	10/12/2019	10000	1	10000	18,50

IMPORTE	VALOR	IMPORTE	VALOR
ICMS	1,00	ICMS	1,00
PIS	0,25	PIS	0,25
COTR	0,61	COTR	0,61
COTR	0,21	COTR	0,21
COTR	0,08	COTR	0,08



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



UN Crinico

Registro Nº 111.096 Hora: 19:07 Recepcionista 6079
Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário _____ Data: 8 10 2020

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: EDILTO RODRIGUES DA SILVA

Data de Nascimento: 34 ANOS Sexo: M - Masc. (☒ M - Masc. (☐ F - Fem. (☐ Ignorado

Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: REMANSO Número: 23 Complemento: Ruiz CEP: _____

Bairro: UR. 04 Município: Recife UF: PE

Acompanhante: _____

Procedência: _____ Veio de Transporte: F. 98415-1902

HDA: Paciente vítima de colisão biculinar / carro na aproximadamente 0 hora, nega comen-
bidades.

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automovel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()

Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Local de Trabalho: Órgão: _____ Endereço: _____

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()

Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espandimento () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Observações: _____

Exame Físico:

A: Geral Raz. Peso: 0 Estatura: 0 Temp: 0 °C

ausculta, orofaringe, axilas, arcos costais, sem estoma em ponto duro.

B: Respiratório

MV0 em ART, SIRA 2



C. Cardiovascular Pulso ϕ bpm PA: ϕ mmHg

R/R em 2T, 30% S/Sopro. 2

Fru no pulmão
pulso ϕ

D: Exame Neurológico: ECG 15. 7

+ Bactéria pul.

E: Abdomen Sem alterações. 7

$\Rightarrow$ FC 80 rpm
coração s/ fômites
S/Dx Alim. ou

Diagnóstico Inicial: ① Doença 7

paciente
ECG 10/15 pulso ϕ

Exames Solicitados: 7

1/2 Hemograma
1/2 Urina
1/2 Soro

Tratamento / Procedimentos:

Como paciente politraumatizado, encaminhado a urgência com radiografia e
Sopite

① Dipirona 500mg/ml, Olamp, EV, agora. 2 Razão

1/2 ECG

Rayana Ingrid Medeiros de Abreu
Médica
CRM-28132

Atento paciente com fratura fechada em
membro direito 19:40

22h - Consciente

orientado

Col: ① profusão de sangue

Nega vômito, nega epifora
por um ponto D.

② Implantar punção
direita

Data: 14-12-20

FC 70 21 00
S/Dx 21 00

560 500 f/ta
560 500 f/ta

Assinatura Conselho Nº

Diagnóstico Definitivo

Doença

HGV ortopédica

Alta / Melhorado

internamento

transferência

Transferido para:

transf. p/ HGV

5813 952

Médico:

22/05/20

DR. W.

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para internamento:

23h 20 Paciente e acompanhante
relatam que não vão
sua mãe e seu filho

Relato de acordo com as normas existentes neste Hospital, as quais anexo integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos
e/ou cirúrgicos, no local e transmissões e sem os exames complementares e transmissões se for necessário.

Data: Nome Completo Leg

Paciente acordado
do sono mesmo após
aplicado 200mg de morfina

V. do paciente:

Assinatura



Nome: EDIPO RODRIGUES DA SILVA
Dt. Nasc.: 03/12/87 - 31 ano (s)
Mãe: MARTA APARECIDA DE MELO
Endereço: R. REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 19/11/2019 - 12:04

Nº registro: 257348
Sexo: Masculino
Fone: 81984757902
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 19/11/2019 - MONIKE MUNIZ

SENHA: N141

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Cefaleia - Dor MMSS - Náuseas - TCE - Queda

RELATO DE DOR NA CABEÇA, NÁUSEAS E DOR NO PUNHO DIR. APÓS QUEDA ONTEM À NOITE

EXAME FÍSICO:

T: 36,1°C - 78 mmHg - | Temperatura
 FC: 75 Bpm - | Sat O2: | - | FC: 75 Bpm - | Peso: | - | Altura:

OBSERVAÇÕES:

Dr.ª MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA
COREN: 340678

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
 Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA, Data e Hora: 19/11/2019 14:18:23.

Rua Veneza, 10, Itajai, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
 Contato: (81) 3154-4616





Nome: EDIPO RODRIGUES DA SILVA
Dt. Nasc.: 03/12/87 - 31 ano (s)
Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO
Endereço: R REMANSO, nº 23, COMAB. RECIFE - PE
Data/hora: 19/11/2019 - 12:07

Nº registro: 257348
Sexo: Masculino
Fone: 81984757902
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE REFERE DOR CEFALÉIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE. NEGA VÔMITOS E DEMAIS SINTOMAS. NEGA ALERGIA E ETILISMO

Exame Físico:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL
SN: ECGLS, SEM DEFICIT FOCAL.
ACV: RCR EM 2T FC: 80
AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A
PRESENÇA DE ESCORIAÇÃO EM FACE

Resultados de Exames:

Conduta:

SOLICITO AV DA NEURO
RX DE MSE + AV DA ORTOP

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TCE

Óbito: Não

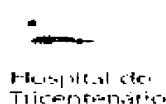
Dr. FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO
CRM: 14142

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO. CRM: 14142. Data e Hora: 20/11/2019 00:05:41.

Rua Vale do Itajaí, s/n. Ilhura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616





Nome:	EDIPO RODRIGUES DA SILVA	Nº registro:	257348
Dt. Nasc.:	03/12/87 - 31 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA APARECIDA DE MELO	Fone:	81984757902
Endereço:	R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE		
Data/hora:	19/11/2019 - 12:30	Nº pág.:	1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE REFERE DOR CEFALEIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE. NEGA VÔMITOS E DEMAIS SINTOMAS.

NEGA ALERGIA E ETILISMO

HD: TCE

EXAME FÍSICO:

PA: **114 x 78** mmHg | Temperatura: 36
HGT: mg/dL | Sat O2: **98** % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL

SN: ECG15, SEM DEFICIT FOCAL.

ACV: RCR EM 2T FC: 80

AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A

PRESENÇA DE ESCORIAÇÃO EM FACE

CONDUTA:

SOLICITO AV DA NEURO

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital da Restauração

Motivo: Investigação complementar

Senha: 5819342

ESPECIALIDADE: NCR

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

Dr.^a NATHALIA ROBERTA ALVES DE SOUZA NEVES
CRM:27515

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)****PACIENTE:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÂDIO**DATA DE INTERNAMENTO:** 23/11/2019**DATA DA CIRÚRGIA:** 27/11/2019**DATA DE ALTA:** 28/11/2019**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 11/12/2019**HORÁRIO:** 07:00**MEDICO ASSISTENTE:** DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO
Dra. Maria Aparecida Lauriano de Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100000000000000

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 28 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



UN Crinico

Registro Nº 111.096 Hora: 19:07 Recepcionista 6079
Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____ Data: 8 / 10 / 2020

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: EDILTO RODRIGUES DA SILVA

Data de Nascimento: 34 ANOS Sexo: M - Masc. (☒ M - Masc. ☐ F - Fem. ☐ Ignorado) Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: REMANSO Número: 23 Complemento: Recife CEP: _____

Bairro: UR. 04 Município: _____ UF: PE

Acompanhante: _____

Procedência: _____ Veio de Transporte: F. 98415-1902

HDA: Paciente vítima de colisão bicíclica com veículo aproximadamente 08km, bege com corbido.

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trocou cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Local de Trabalho: Órgão: _____ Endereço: _____

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espandimento () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Observações: _____

Exame Físico:

A: Geral: Rej Peso: Ø Estatura: Ø Temp: Ø °C

Consciente, orientado, corado, hidratado, sem edema em membros inferiores.

B: Respiratório

MVØ em ART, SIRA 2



C: Cardiovascular	Pulso ϕ	bpm	PA: ϕ	mmHg
R.R em 20, 30, 50, 100.			Fru no pulmão.	
D: Exame Neurológico: ECG 15.			+ Bactéria pul.	
E: Abdomen Sem alterações.			⇒ FC 80, apnoia.	
Diagnóstico Inicial: ① Politrauma.			corpo s/ fratura	
Exames Solicitados:			ST de Abdomen	
			Tórax	
			ECG 10/15 pulso	
			Hemograma	

Tratamento / Procedimentos:

Como paciente politraumático, encaminhado a urgência com radiografia e exames.

① Dipirona 500mg/ml, Olamp, EV, agora. 2 Razume

TRP Exame

Rayana Ingrid Medeiros de Abreu
Médica
CRM-28132

Atento paciente com fratura fechada em membro direito.

19:40

22h - Consciente, orientado. Col: ① profusão de sangue
② Imobilizar membro direito.

Nega vômito, nega epifora por um ponto.

Data: 14-130 x 70

FC 70, 21 00
S2 102-97

560 500 ml / 2a
560 500 ml / 2a

Assinatura Conselho Nº

Diagnóstico Definitivo

Politrauma

Contusão

HGV intoxicação

Alta / Melhorado

Internamento

Transferido para:

transf. p/ HGV.

amb. em estudo.

Assinatura Conselho Nº

5813 952

Médico:

Ames

DR. V:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento:

23h 20 Paciente e acompanhante

relatam que não há

Relato sobre os nomes existentes neste Hospital, as quais terão integralmente a autorização de tratamentos, diagnósticos e procedimentos, no caso de transfusões e sem os exames complementares e transpõe-se por permissão.

especial da família

Data: Nome Completo Leg

Vídeo de caso:

Assinatura

Paciente evoluiu de sempre mesmo após aplicado 600 mg de



Nome:	EDIPO RODRIGUES DA SILVA	Nº registro:	257348
Dt. Nasc.:	03/12/87 - 31 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA APARECIDA DE MELO	Fone:	81984757902
Endereço:	R. REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE		
Data/hora:	19/11/2019 - 12:04	Nº pág.:	1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
19/11/2019 - MONIKE MUNIZ

SENHA: N141

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Cefaleia - Dor MMSS - Náuseas - TCE - Queda

RELATO DE DOR NA CABEÇA, NAUSEAS E DOR NO PUNHO DIR. APÓS QUEDA ONTEM A NOITE

EXAME FÍSICO:

CA: 114 x 78 mmHg | Temperatura: |
FC: 75 Bpm | Sat O2: | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

Dr.ª MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA
COREN : 340678

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/09/2001.
Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA, Data e Hora: 19/11/2019 14:18:23.

Rua Vinte de Itajai, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3154-4616





Nome: EDIPO RODRIGUES DA SILVA
Dt. Nasc.: 03/12/87 - 31 ano (s)
Mãe: MARIA APARECIDA DE MELO
Endereço: R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 19/11/2019 - 12:07

Nº registro: 257348
Sexo: Masculino
Fone: 81984757902
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE REFERE DOR CEFALÉIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE. NEGA VÔMITOS E DEMAIS SINTOMAS. NEGA ALERGIA E ETILISMO

Exame Físico:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL
SN: ECG15, SEM DEFECIT FOCAL.
ACV: RCR EM 2T FC: 80
AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A
PRESENÇA DE ESCORIAÇÃO EM FACE

Resultados de Exames:

Conduta:

SOLICITO AV DA NEURO
RX DE MSE + AV DA ORTOP

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TCE

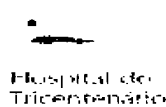
Óbito: Não

Dr. FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO
CRM: 14142

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: FRANCISCO INARIO NOVAIS ARAUJO. CRM: 14142. Data e Hora: 20/11/2019 00:05:41.

Rua Vale do Itajaí, s/n. Iluru CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616





Nome:	EDIPO RODRIGUES DA SILVA	Nº registro:	257348
Dt. Nasc.:	03/12/87 - 31 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA APARECIDA DE MELO	Fone:	81984757902
Endereço:	R REMANSO, nº 23, COHAB. RECIFE - PE		
Data/hora:	19/11/2019 - 12:30	Nº pág.:	1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE REFERE DOR CEFALEIA EM REGIÃO OCCIPITAL E DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 1 DIA, APÓS VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETA X CARRO HÁ 1 DIA. REFERE 1 EPSÓDIO DE SICOPE. NEGA VÔMITOS E DEMAIS SINTOMAS.

NEGA ALERGIA E ETILISMO

HD: TCE

EXAME FÍSICO:

PA: 114 x 78 mmHg | Temperatura: 36
HGT: mg/dL | Sat O2: 98 % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

EGRGE, COTE, EUPENICO, ACIANOTICO, AFEBRIL

SN: ECG15, SEM DEFICIT FOCAL.

ACV: RCR EM 2T FC: 80

AR: MV+ AHT/ RA SATO2 98% A.A

PRESENÇA DE ESCORTIAÇÃO EM FACE

CONDUTA:

SOLICITO AV DA NEURO

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital da Restauração

Motivo: Investigação complementar

Senha: 5819342

ESPECIALIDADE: NCR

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO

Dr.ª NATHALIA ROBERTA ALVES DE SOUZA NEVES
CRM:27515

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)****PACIENTE:** EDIPO RODRIGUES DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÂDIO**DATA DE INTERNAMENTO:** 23/11/2019**DATA DA CIRÚRGIA:** 27/11/2019**DATA DE ALTA:** 28/11/2019**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 11/12/2019**HORÁRIO:** 07:00**MEDICO ASSISTENTE:** DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO
Dra. Maria Aparecida Lauriano de Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 28 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA



CHAS-AVAL-001A.1

CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN
REGISTRO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

NOME: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA
NOME SOCIAL:
REGISTRO: 8532589
ENDEREÇO: RUA PRESIDENTE VENCESLAU, 661
CIDADE: RECIFE
ESTADO: PE
BAIRRO: JBOIRA
TELEFONE: 83986531735
IDENTIDADE: 3953686
PROFISSÃO: MOTOQUEIRO
EST. CIVIL: Casado
NASCIMENTO: 01/05/1975, 44 anos

PRONTUÁRIO: 001123419

CEP : 51246200

CPF : 85679160463

SEXO : Masculino

LEITO : L051

GUIA: 00000202000063421

SENHA : 202000063421

ALA: CLINICA MEDICA
CONVENIO: AMIL/BASIC AMIL
MATRÍCULA: 520776011
DATA: 12/02/2020

DICO: 20862- DIMAS CALAFFO
COMISSÃO: 11/02/2020, 14:42 h

PREVIS. ALTA: 12/02/2020

AValiação Médica

História da Doença Atual

*Prontuário eletrônico notor e como pap. Tmz Rabin, na ra gura
motora parietal do sistema esquelético.*

Antecedentes Pessoais e Familiares

At. 06

1 - Exame físico geral

Y. H. impuro, cavado, afilado e amarelado.

2 - aparelho circulatório

3 - aparelho respiratório

4 - Abdomen

abdome, distendido e palpado.

5 - Outros

MSO - sub gto juxta; anormalidades presentes.

6. Diagnóstico

Exatidão do sistema esquelético.

Dr. Dimas Calaffo
COP-20862
2020-02-12



CHAS-TCLE.002

CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO CLÍNICO

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do CHAS.

() Paciente

() Responsável

Nome do Paciente: **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA** RG: 3953686

Nome do Responsável: **GEORGIA PAULA ALVES DE LIMA DUARTE** RG: 5048137

Nome do Médico: **DIMAS CAIAFFO** CRM: 20862

Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticas do meu estado de saúde, com indicação de intervenção para tratamento clínico inicialmente.

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do tratamento. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o tratamento / assistência clínica / procedimento ou realização de exames, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

TESTEMUNHA

1. _____
2. _____

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____

Recife, 11/02/2020

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Eu, **DIMAS CAIAFFO**, CRM: 20862, médico responsável pelo esclarecimento do tratamento clínico prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

() Não foi possível a coleta deste termo de consentimento informado, por trata-se de situação de emergência.

Recife, 11/02/2020

Assinatura / Carimbo do médico

Digitalizado com CamScanner



Högskolan i Gäddede, 2018
 Datorvetenskap, 2018
 Uppsala: 2018

Tel: 01746571255

YU. L. IZOLTA

የገንዘብ ምንጭ

PRESCRIÇÃO

REGISTRO:

DATA

REGISTRO:	DATA:
11/10/2010	8532478

... - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

2017-15

WEDNESDAY

0:1N:JAN:0:3

HORÁRIO

Q. Data Value

ADP-Dimer + ADP EV 6/6 bands

Q Temporal 100m + 100ml 350.97 EV 3/16/22

⑥ Widow's mother 5 May - 21 Sep 20 12/12 hours

10 April 25 mg - 0.2 c.p. 10 12/12 hours

Hand clay + AD EV 8.86 3.00

Q. Again, I also understand by the

99117 11/9/99

And indeed

Am 1. April 1900

100

Dr. Quinn-S. J. Cunningham
Covington, La. 70422

Archie J. ...
...
...

NO. 103181

Digitalizado com CamScanner

☐ GOTA IN PR. USO		☐ OXIMETRO		☐ PERFUSÃO CONTÍNUA		☐ MANUT. AS HS		☐ CONTÍNUO AS HS		☐ NEZAPLICAÇÃO							
CURATIVOS			ENTUBAÇÃO TRACHEAL			SONDA NASOGÁSTRICA			ASSEIO CORPORAL								
LUVA ESTÉRIL GAZE ATUMORA CM COMBIBESAS MICROPORC ESPARADRAPO DENSANI SF ML			LUVA ESTÉRIL TUBO TIRÓIDEA AMES3 SPEAV FITACALINDICA GAZE SONDA ENTERAL LUVA (SI) GAVT (SI) SOROMV SERRINHA			SONDIN# GAZE LUVA SERRINHA ML COLETOR ADERTO PUNÇÃO VEIA PERIFÉRICA JELCO N° ESPARADRAPO ALGODÃO ALCOOL			SOMEX ALGODÃO FRAUDADO LPHC ASPIRAÇÃO SONDIN# LUVA ADSOMIL GAZE MÁSCARA			CATETER VESICAL SONDIN# COLETOR FECHADO AD 10 ML SERRINHA ML LUVA ESTÉRIL KYLOCAIN GEL GAZE ESPARADRAPO PVIDEGERMANTE			PUNÇÃO VEIA CENTRAL CATETER N° LUVA ESTÉRIL GAZES ANESTÉSICO LOCAL FIO N° EQUIPO SORO EQUIPO PVC SORO SERRINHA ML LAMINA#		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNA																	
Paciente admitido em UTI, apresentando quadro de insuficiência cardíaca, com sinais de congestão pulmonar, dispnéia, ortopneia, aumento de peso, edema de membros inferiores, sibilos e rales. Tratado com diuréticos e oxigênio. Evolução satisfatória.																	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - NOTURNA																	

Digitalizado com CamScanner



Albert Sabin
HOSPITAL
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: _____
Convênio: _____
Médico: _____

Paciente: 0503587 - **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**
Nome Social: _____
Leitor: 051 11/02/2020 Hora: 14:42 - Tel: 015560146
Médico: VINAS CAIPEDO Clínica: CLÍNICA VESTER
Convênio: AMIL/EGEO AMIL Idade: 44 anos

DIAGNÓSTICO		PRES
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		
Relacionado a:	- Realizar higiene da pele	
- Queimadura	- Realizar hidratação da pele	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de feridas	- Realizar massagem da pele	
- Presença de úlceras	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
RISCO DE AUTOCUIDADO		
Relacionado a:	- Realizar curativos e trocas	
- Queimadura	- Realizar hidratação da pele	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de feridas	- Realizar massagem da pele	
- Presença de úlceras	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
RISCO DE INFEÇÃO		
Relacionado a:	- Realizar curativos e trocas	
- Queimadura	- Realizar hidratação da pele	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de feridas	- Realizar massagem da pele	
- Presença de úlceras	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
RISCO DE FLEBITE		
Relacionado a:	- Realizar curativos e trocas	
- Queimadura	- Realizar hidratação da pele	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de feridas	- Realizar massagem da pele	
- Presença de úlceras	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
RISCO DE ASPIRAÇÃO		
Relacionado a:	- Realizar curativos e trocas	
- Queimadura	- Realizar hidratação da pele	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de feridas	- Realizar massagem da pele	
- Presença de úlceras	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
RISCO DE SANGRAMENTOS		
Relacionado a:	- Realizar curativos e trocas	
- Queimadura	- Realizar hidratação da pele	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de feridas	- Realizar massagem da pele	
- Presença de úlceras	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
OUTROS		
Relacionado a:	- Realizar curativos e trocas	
- Queimadura	- Realizar hidratação da pele	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de feridas	- Realizar massagem da pele	
- Presença de úlceras	- Realizar curativos e trocas	
- Presença de lesões	- Realizar curativos e trocas	

CÓD. 756673

Tratado Saneamento
CÓD. 756673

ASS. ENF

PLANTÃO DIURNO

SINAIS VITAIS:	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
PA									100			100	
FR									18			18	
T									32			32	
P									37			37	
Dor													

ANOTAÇÕES:													
SIG2													
HGT													

ELIMINAÇÕES:	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Diurese													
SNG / SNE													
Evacuação													
Defecação / Jelucalopila													
Drinos													
Outros													

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Data 11/08/2020
 AS 15:40 por 1. O paciente encontra-se bem, vindo da urgência, com sinais vitais estáveis, não apresenta queixa de dor, não apresenta náusea, vômito ou alteração de consciência.

CÓD. 756673

PLANTÃO NOTURNO

SINAIS VITAIS:	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
PA												
FR												
T												
P												
Dor												

ANOTAÇÕES:												
SIG2												
HGT												

ELIMINAÇÕES:	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Diurese												
SNG / SNE												
Evacuação												
Defecação / Jelucalopila												
Drinos												
Outros												

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Data 11/08/2020
 Recebido paciente com dor abdominal, com sinais vitais estáveis, não apresenta queixa de dor, não apresenta náusea, vômito ou alteração de consciência.

CLINICA ORTOPEDICA DE PIEDADE LTDA

EVOLUCAO

Emitido em: 19/02/2020 09:17

EVOLUCAO: 11/02/20 11:10 FICHA: 123215 CRISTIANO DUARTE PEREIRA

AMIL

Cid 1:

Cid 2:

Cid 3:

Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico
DOR NO COTOVELO ESQ PÓS ACIDENTE DE MOTO

Diagnostico

FRATURA DO OLECRANEO

Material/Servico

MOVATEC 15mg AMP 1.5ml
TALA GESSADA M. SUPERIOR
COTOVELO AP/PERFIL

Qtde

1
1
1

Laudo do Raio - X

RX

Procedimentos

TALA + MOVATEC COM INDICAÇÃO CIRURGICA

SALVADOR LUIGGI CRM. 8365

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - www.sistemabravo.com.br

Digitalizado com CamScanner



Paciente: 5302509 - CHRISTIANO DONATE PEREIRA
Nome Social: _____
Leitor: L05: 01/10/2020 Hora: 14:40 Tel: 8199657192
Médico: DINAIS CAVALCANTE Clínica: CLÍNICA MEDICA
Convênio: AMIL 14000 AMIL 14000/14000
Data: _____
Nome: _____
Data: _____
Conv: _____
Medi: _____

EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 11/08/2020 Hora: 14:40 HD: Faltou de 14:40

EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nível de Consciência:	☒ Consciente	☒ Orientado	☐ Sonolento	☐ Torporoso	☐ Confuso
Pupilas:	☒ Isocóricas	☐ Anisocóricas			
Pele: Coloração:	☒ Normocorado	☐ Hipocorado	☐ Anictérico	☐ Ictérico	
	☒ Acianótico	☐ Cianótico			
Temperatura:	☒ Normal	☐ Diminuída	☐ Desidratada		
Edema e localização de:	☐ Edema Local	☐ Equimoses Local	☐ Lesão por Pressão Local		
Mucosa Oral:	☒ Íntegra	☐ Mucosite	☐ Outros:		
Respiratório:	☒ Eupnéico	☐ Bradipnéico	☐ Taquipnéico	☐ Dispnéico	
Auscultar MV:	☒ Presente	☐ Diminuídos	☐ Ausentes	☐ Ausentes	
	☒ RA	☐ Presentes			
Expansão Pulmonar:	☐ Normal	☐ Diminuída			
Suporte de O ₂ :	☐ Cateter de O ₂	☐ Máscara Simples			
Acesso venoso:	☒ Periférico	☐ Central	☐ GTT	☐ PICC	☐ Outros:
AG: Abdome:	☒ Plano	☐ Globoso	☐ Flácido	☐ Tenso	☐ Tympanico
	☒ Incolor				
RHA:	☒ Presentes	☐ Ausentes	☐ Diminuídos		
Dieta:	☐ Zero	☐ Oral	☐ SNE / SNG	☐ GTT / JNT	☐ NPT
			☐ Gravitacional	☐ BIC	
Diurese:	☒ Espontânea	☐ SVD	☐ SVA	☐ Cistostomia	☐ Irrigação
Evacuações:	☒ Presente	☐ Ausente há +/- dias	☐ Colostomia	☐ Ileostomia	
Curativo:	☐ Simples Local	☐ Especial Local			
Dreno:	☒ Não	☐ Sim, Especificação:			

Paciente evoluiu EGR, sem queixa aliada
de dispnéia aguda de origem cardíaca
ou pulmonar de origem.

COD. 756686

Digitalizado com CamScanner





EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data de N: 17/08/2020
Conv: 17/08/2020
Módulo: 17/08/2020

Data: 17/08/2020 Hora: 10:27 ID: 20081710271987000000065147710

EXAME FÍSICO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nível de Consciência:	☐ Consciente	☒ Orientado	☐ Semi-consciente	☐ Torporoso	☐ Comatoso
Pupilas:	☒ Isocóricas	☐ Anisocóricas			
Peel Coloração:	☒ Normalizada	☐ Hipocorada	☒ Anictérica	☐ Ictérica	
	☐ Acianótico	☐ Cianótico			
Turgor:	☐ Normal	☐ Diminuído	☐ Desidratado		
Presença e localização de:	☐ Edema Local	☐ Equimoses Local		☐ Lesão por Pressão Local	
Mucosa Oral:	☐ Inteira	☐ Mucosite	☐ Úlcera		
Apresenta Respiratório:	☒ Eupnéico	☐ Bradipnéico	☐ Taquipnéico	☐ Dispneico	
Ausculta: MV:	☒ Presença	☐ Diminuídas	☐ Ausentes		
	☐ RA	☒ Presentes	☐ Ausentes		
Expansão Pulmonar:	☒ Normal	☐ Diminuída			
SupORTE de O ₂ :	☐ Cateter de O ₂	☐ Máscara Simples			
Acesso venoso:	☒ Perfêncio v. c.	☐ Central	☐ CTI	☐ PICO	☐ Outros
AGs. Abdome:	☒ Plano	☐ Ginecico	☒ Flácido	☐ Tenso	☐ Timpânico
	☒ Indolor				
RHA	☒ Presentes	☐ Ausentes	☐ Diminuídas		
Dieta	☐ Zero	☒ Oral	☐ SNE / SNG	☐ GTT / JNT	☐ NPT
			☐ Gravídica	☐ BIC	
Diurese:	☒ Espontânea	☐ SVD	☐ SVA	☐ Cistostomia	☐ Imigração
Evacuações:	☒ Presente	☐ Ausente há +/- dias	☐ Colostomia	☐ Ileostomia	
Curativo:	☐ Simples Local	☐ Especial Local			
Dreno:	☒ Não	☐ Sim Especificação.			

CÓD. 758886

Digitalizado com CamScanner

EVOLUÇÃO DE
REPERMAGEM

[illegible]

Abstract





ASSISTENTE

ASSISTENTE

Paciente

☐ Anestesia
☐ Dor
☐ SRPA
☐ UTI
☐ Cadeira de Rodas
☐ Maca

1. Sonda

☐ Al
☐ Intubação
☐ Outros

2. Intubação da Pare

☐ Al
☐ Intubação
☐ Outros

3. Intubação

☐ Al
☐ Intubação
☐ Outros

☐ Dor
☐ SRPA
☐ UTI
☐ Cadeira de Rodas
☐ Maca

MEDICAÇÕES USADAS

Medicamentos

Medicamentos

Medicamentos

SAÍDA DA SALA DE CIRURGIA

1. Condições do Paciente

☐ Entubado

☐ Extubado

☐ Alerta

☐ Alerta

2. Queixas

☐ Dor

☐ Frio

☐ Náusea

☐ Outras

3. Destino

☐ SRPA

☐ UTI

☐ Enfermaria

☐ Apartamento

☐ Alta Hospitalar

4. Transportado

☒ Maca

☐ Cadeira de Rodas

☐ Deambulando

5. Circulante

Coron:

Digitalizado com CamScanner



FASE TRANS-OPERATÓRIA

PROVA _____ Início _____ Término _____

Equipe Cirúrgica: _____

- 1 - Posição
- ☐ Dorsal
 - ☐ Ventral
 - ☐ Lateral

- ☐ Ortopédica
- ☐ Outra _____

- 5 - Bisturi Elétrico
- ☐ Bipolar
 - ☐ Monopolar
 - ☐ Local da Placa _____

2 - Posição dos MMSS

- ☐ Anatômica
- ☐ Abdução
- ☐ Outra _____

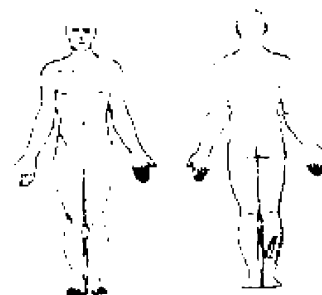
- 8 - Eletrodos
- ☐ Sim
 - ☐ Não

3 - Coxim

- ☐ Torax
- ☐ Crânio
- ☐ Tórax
- ☐ Infra-Escapular
- ☐ Occipital
- ☐ Outra _____

4 - Solução Anti-séptica

- ☐ IVP
- ☐ Clorexidina
- ☐ Outra _____



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Instrumentos Removidos | ☐ Sutura | ☐ Prótese Dentária | ☐ Adesões |
| ☐ Monitoração | ☐ Oxímetro de Pulso | ☐ Cardioscópico | ☐ Oxidapnógrafo |
| ☐ Sondagem Vesical | ☐ S. Foley Nº _____ | ☐ S. Nasal nº _____ Vol. _____ | |
| ☐ Sondagem Gastrica | ☐ SN Enteral Nº _____ | ☐ SN Gastrica nº _____ Vol. _____ | |
| ☒ Função Venosa | ☐ Veio Nº _____ Local _____ | ☐ Local _____ | |
| ☐ Função Arterial | ☐ Arterio Nº _____ Local _____ | ☐ Local _____ | |
| ☐ Intubação Traqueal | ☐ Oral Tuco nº _____ | ☐ Nasal Tu nº _____ | |
| ☐ Garroteamento | ☐ Local _____ | ☐ Início _____ Término _____ | |
| ☐ Raio X | ☐ Tórax | ☐ Abdome | ☐ Outros _____ |
| ☐ Imobilização | ☐ Faixa | ☐ Gesso | ☐ Local _____ |
| ☐ Hemotransfusão | ☐ Q. de Hemácias | Vol. _____ | Hora _____ |
| | ☐ Plasma | Vol. _____ | Hora _____ |
| | ☐ Plaquetas | Vol. _____ | Hora _____ |
| | ☐ Outros _____ | | |

Implantes

Explantos

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Grendo | ☐ Sucção nº _____ | ☐ Torácico nº _____ | ☐ Kher nº _____ | ☐ Tubular |
| ☐ Curativo | ☐ Laminar | ☐ Penrose | ☒ Esparadrapo | ☐ Microperca |
| | ☐ Oclusivo | ☐ Compressivo | | |
| | ☐ Faixa de Crepe | ☐ Outros _____ | | |

Perdas sanguíneas Vol. _____ Compressas Oferecidas _____ Recolhidas _____

☐ Cultura(s) _____

☐ Peça(s) Anatômica(s) _____

ASSISTÊNCIA DE :

Nome do Paciente _____ Nº da Proposta _____ Data de Nascimento _____ Sexo _____ Profissão _____ Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____		Em _____ de _____ de _____. Ass. _____	
3 - Procedência ☐ Hospital ☐ Ambulatorial			
4 - Condições do Paciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Paramentado		4 - Sonda ☐ Vesical ☐ Nasogástrica ☐ Enteral	
5 - Integridade da Pele ☒ Normal ☐ Edema ☐ Seca ☐ Lesões _____		6 - Tricotomia ☐ Sim ☐ Não _____	

THIS is a _____ h Terming _____ a

☐ Raquel Aguiha nº _____
☐ Caudal Aguiha nº _____
☐ Peridural Aguiha nº _____
☐ Peridural Contínua Cateter nº _____
☐ Outra _____

— 174 —

32325

MEDICAÇÕES USADAS

Medicações	Hora	Medicações

SAÍDA DA SALA DE CIRURGIA

1 - Condições do Paciente ☐ Entubada ☐ Extubado ☐ Alerta ☐ Alerta
2 - Queixas ☐ Dor ☐ Frio ☐ Náuseas ☐ Outras: _____
3 - Destino ☐ SRPA ☐ UTI ☐ Enfermaria ☐ Apartamento ☐ Alta Hospitalar
4 - Transportador ☒ Maca ☐ Cadeira de Rodas ☐ Deambulando
As _____ h Circulante _____ Coren: _____

2022 12 17

Digitalizado com CamScanner



Data: _____ Hora: _____
 Convênio: _____
 Anestesista: _____
 Término: _____
 Pediatra: _____
 Cardiologista: _____
 ASA: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
 Término: _____
 Fumo - Coração: Sim () Não ()

Inicio: _____ Término: _____

[illegible]
$$2 \times 10^4 (1 - \nu) + 2 \times 10^4 \nu + 2 \times 10^4 \nu = 2 \times 10^4 (1 - \nu + \nu + \nu) = 2 \times 10^4 (1 + \nu)$$

ADRIANO TALLARICO
Ortopedista e Traumatologo
COP 21472 - PEDI 15575 - RGE 2052

PRIMEIRAS

IMPRESSOES

CONSENTO AMI

ALERGIAS

DATA

Albert Sabin

CHAMADO QUARTA FEIRA

VOLUNTARIO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO

CHAMADO



albert sabin
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM

Nome: _____
 Data de: _____
 Turno: _____
 Assinatura: _____

PARÂMETROS

RISCO DE FLEITE
 - Risco de fuga de pacientes e visitantes
 - Risco de fuga de animais
 - Risco de fuga de objetos
 - Risco de fuga de documentos
 - Risco de fuga de informações

RISCO DE INFECÇÃO
 - Risco de infecção por agentes biológicos
 - Risco de infecção por agentes químicos
 - Risco de infecção por agentes físicos
 - Risco de infecção por agentes radiológicos

RISCO DE ASPIRAÇÃO
 - Risco de aspiração de alimentos
 - Risco de aspiração de líquidos
 - Risco de aspiração de objetos

HAUSEAR / VÔMITOS
 - Risco de vômito
 - Risco de hansenose
 - Risco de vômito
 - Risco de hansenose

DIARRÉIA / CONSTIPAÇÃO
 - Risco de diarreia
 - Risco de constipação
 - Risco de vômito
 - Risco de hansenose

RETEÇÃO URINÁRIA / ORENAGEM
 - Risco de retenção urinária
 - Risco de orenagem
 - Risco de vômito
 - Risco de hansenose

RISCO DE SANGRAMENTOS
 - Risco de sangramento
 - Risco de vômito
 - Risco de hansenose

OUTROS
 - Risco de vômito
 - Risco de hansenose

COD: 758873

DATA: 12/02/2020

Enfermeira
 Enfermeira
 NREN 381.044

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PLANTÃO DIURNO

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
100				13	11						✓		
100				11	11								
100				14	14								
100				36	36								
100				68	68								

[illegible][illegible][illegible]

PLANTÃO NOTURNO

[illegible]

ANOTAÇÕES:							
SiO ₂							
H ₂ O							

[illegible]

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	Data	Assinatura
1. Nome completo: <u>Paulo Roberto de Fátima</u> 2. Número de matrícula: <u>123456789</u> 3. Data de nascimento: <u>10/05/1980</u> 4. Local de nascimento: <u>Recife, PE</u> 5. Data de graduação: <u>12/10/2005</u> 6. Local de graduação: <u>UFPE</u> 7. Assinatura: <u>[Assinatura]</u> 8. Nome completo: <u>Paulo Roberto de Fátima</u>		

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DUSE - VIA DI ALEMINS, ITALY

17 Duiton VL P' HA:

⑤ Epiglottitis is difficult to

~~1000~~ 4000 + 1000 = 5000

16, 0.5 and 1.0 V

1. What is the purpose of the study?

[illegible][illegible]

0.1 m - 25 cm - 1/2 m - 1/4 m - 1/8 m - 1/16 m - 1/32 m - 1/64 m - 1/128 m - 1/256 m - 1/512 m - 1/1024 m - 1/2048 m - 1/4096 m - 1/8192 m - 1/16384 m - 1/32768 m - 1/65536 m - 1/131072 m - 1/262144 m - 1/524288 m - 1/1048576 m - 1/2097152 m - 1/4194304 m - 1/8388608 m - 1/16777216 m - 1/33554432 m - 1/67108864 m - 1/134217728 m - 1/268435456 m - 1/536870912 m - 1/1073741824 m - 1/2147483648 m - 1/4294967296 m - 1/8589934592 m - 1/17179869184 m - 1/34359738368 m - 1/68719476736 m - 1/137438953472 m - 1/274877906944 m - 1/549755813888 m - 1/1099511627776 m - 1/2199023255552 m - 1/4398046511104 m - 1/8796093022208 m - 1/17592186044416 m - 1/35184372088832 m - 1/70368744177664 m - 1/140737488355328 m - 1/281474976710656 m - 1/562949953421312 m - 1/1125899906842624 m - 1/2251799813685248 m - 1/4503599627370496 m - 1/9007199254740992 m - 1/18014398509481984 m - 1/36028797018963968 m - 1/72057594037927936 m - 1/144115188075855872 m - 1/288230376151711744 m - 1/576460752303423488 m - 1/1152921504606846976 m - 1/2305843009213693952 m - 1/4611686018427387904 m - 1/9223372036854775808 m - 1/18446744073709551616 m - 1/36893488147419103232 m - 1/73786976294838206464 m - 1/147573952589676412928 m - 1/295147905179352825856 m - 1/590295810358705651712 m - 1/1180591620717411303424 m - 1/2361183241434822606848 m - 1/4722366482869645213696 m - 1/9444732965739290427392 m - 1/18889465931478580854784 m - 1/37778931862957161709568 m - 1/75557863725914323419136 m - 1/151115727451828646838272 m - 1/302231454903657293676544 m - 1/604462909807314587353088 m - 1/1208925819614629174706176 m - 1/2417851639229258349412352 m - 1/4835703278458516698824704 m - 1/9671406556917033397649408 m - 1/19342813113834066795298816 m - 1/38685626227668133590597632 m - 1/77371252455336267181195264 m - 1/154742504910672534362390528 m - 1/309485009821345068724781056 m - 1/618970019642690137449562112 m - 1/1237940039285380274899124224 m - 1/2475880078570760549798248448 m - 1/4951760157141521099596496896 m - 1/9903520314283042199192993792 m - 1/19807040628566084398385987584 m - 1/39614081257132168796771975168 m - 1/79228162514264337593543950336 m - 1/158456325028528675187087900672 m - 1/316912650057057350374175801344 m - 1/633825300114114700748351602688 m - 1/1267650600228229401496703205376 m - 1/2535301200456458802993406410752 m - 1/5070602400912917605986812821504 m - 1/10141204801825835211973625643008 m - 1/20282409603651670423947251286016 m - 1/40564819207303340847894502572032 m - 1/81129638414606681695789005144064 m - 1/162259276829213363391578010288128 m - 1/324518553658426726783156020576256 m - 1/649037107316853453566312041152512 m - 1/1298074214633706907132624082305024 m - 1/2596148429267413814265248164610048 m - 1/5192296858534827628530496329220096 m - 1/10384593717069655257060992658440192 m - 1/20769187434139310514121985316880384 m - 1/41538374868278621028243970633760768 m - 1/83076749736557242056487941267521536 m - 1/166153499473114484112975882535043072 m - 1/332306998946228968225951765070086144 m - 1/664613997892457936451903530140172288 m - 1/1329227995784915872903807060280344576 m - 1/2658455991569831745807614120560689152 m - 1/5316911983139663491615228241121378304 m - 1/10633823966279326983230456482242756608 m - 1/21267647932558653966460912964485513216 m - 1/42535295865117307932921825928971026432 m - 1/85070591730234615865843651857942052864 m - 1/170141183460469231731687303715884105728 m - 1/340282366920938463463374607431768211456 m - 1/680564733841876926926749214863536422912 m - 1/1361129467683753853853498429727072845824 m - 1/2722258935367507707706996859454145691648 m - 1/5444517870735015415413993718908291383296 m - 1/10889035741470030830827987437816582766592 m - 1/21778071482940061661655974875633165533184 m - 1/43556142965880123323311949751266331066368 m - 1/87112285931760246646623899502532662132736 m - 1/174224571863520493293247799005065324265472 m - 1/348449143727040986586495598010130648530944 m - 1/696898287454081973172991196020261297061888 m - 1/1393796574908163946345982392040522594123776 m - 1/2787593149816327892691964784081045188247552 m - 1/5575186299632655785383929568162090376495104 m - 1/11150372599265311570767859136324180752990208 m - 1/22300745198530623141535718272648361505980416 m - 1/44601490397061246283071436545296723011960832 m - 1/89202980794122492566142873090593446023921664 m - 1/178405961588244985132285746181186892047843328 m -

[illegible]

11855 + 11856

100



10

100

210

CIMC-976

157,118,567 207



albert sabin HOSPITAL
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Paciente: 257553 - CARLOS EDUARDO PEREIRA
Idade: 50 anos
Sexo: M
Data de Nascimento: 10/01/1970
Data de Admissão: 10/08/2020
Data de Alta: 10/08/2020
Data de Falecimento: 10/08/2020

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO	HORARIO
INTEGRIIDADE DA PILE PREJUDICADA Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Realizar monitorização de sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	
DEBILIDADE ACUTIZADA Relacionado a: - Trauma - Trauma - Trauma	- Realizar monitorização de sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	
RISCO DE INFECÇÃO Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Monitorizar sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	12, 18, 24, 06
RISCO DE HEMORRAGIA Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Monitorizar sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	12, 18, 24, 06
RISCO DE ASPIRAÇÃO Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Monitorizar sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	
NAUSEAS / VÔMITOS Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Monitorizar sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	
DIARREIA / CONSTIPACÃO Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Monitorizar sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	
RETENÇÃO URINÁRIA / DRENAGEM Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Monitorizar sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	
RISCO DE SANGRAMENTOS Relacionado a: - Intoxicação - Manobra de Heimlich - Trauma	- Monitorizar sinais vitais - Avaliar estado de consciência - Monitorizar sinais vitais - Realizar manobra de Heimlich - Realizar manobra de Heimlich	
OUTROS		

COD. 755673

DATA: 10/08/2020

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PLANTÃO DIURNO

SINAIS VITAIS:		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
PA														
FR														
T														
P														
Diur														

ANOTAÇÕES:		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SGOZ														
HGT														

ELIMINAÇÕES:		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Diurese														
SGOZ / SNE														
Evacuação														
Respiração / Jalecos / Jalecos														
Drenos														
Outros														

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ Data: 13/08/2020

Processo 66403876-1, Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, 17/08/2020, 10:27:19. O paciente está em estado de consciência alterado, com nível de consciência reduzido, apresentando sinais vitais dentro da normalidade. A diurese é normal, com volume de 100ml. A evacuação é normal, com volume de 100ml. A respiração é normal, com frequência de 12 por minuto. A temperatura é normal, com 36,4°C. A pressão arterial é normal, com 120/80 mmHg. O paciente está em estado de consciência alterado, com nível de consciência reduzido, apresentando sinais vitais dentro da normalidade. A diurese é normal, com volume de 100ml. A evacuação é normal, com volume de 100ml. A respiração é normal, com frequência de 12 por minuto. A temperatura é normal, com 36,4°C. A pressão arterial é normal, com 120/80 mmHg.

PLANTÃO NOTURNO

SINAIS VITAIS:		20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
PA													
FR													
T													
P													
Diur													

ANOTAÇÕES:		20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
SGOZ													
HGT													

ELIMINAÇÕES:		20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Diurese													
SGOZ / SNE													
Evacuação													
Respiração / Jalecos / Jalecos													
Drenos													
Outros													

REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ Data: _____

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

660. 756873

EVOLUÇÃO MÉDICA

CONFIDENTIAL

albert sab

Colar etiqueta de identificação

preencher se não houver etiqueta

Nome do paciente: Christiane Duarte Cam

Nº do registro: _____

Idade: _____

DATA: _____ HORA: _____

17/02/2020

EX 35 DISCIMO 853

EX 35 DISCIMO 853

paciente com dor no abdômen
na região

paciente com dor no abdômen

AIRILAN ALVES
Orculista e Farmacologista
CRM 22471 - RQE 16675 - RBE 908

CD: 350M de 22/10/2019
22/10/2019
9/10/2019 de 08:00 às 12:00
dia 12/02/20

17/02/2020

EX 350M

paciente com dor no abdômen
na região
na região de 08:00 às 12:00

AIRILAN ALVES
Orculista e Farmacologista
CRM 22471 - RQE 16675 - RBE 908

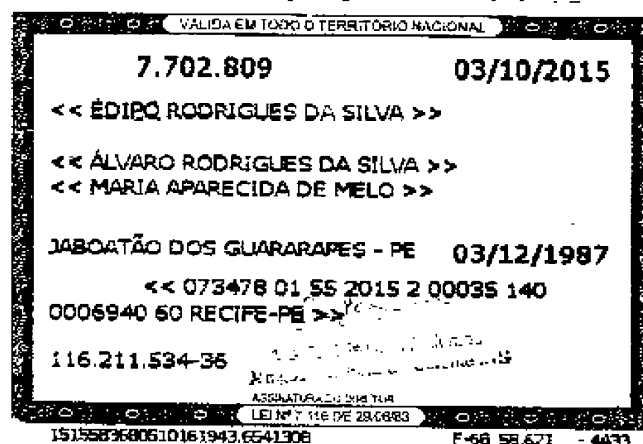
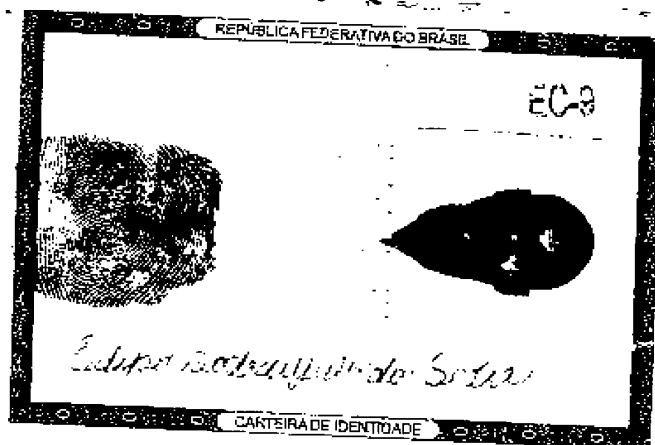
CD 350M de 12/02/2020

14/02/2020

EX 350M

paciente com dor no abdômen
na região

COD. 759877



 **MINISTERIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

116.211.534-36

Nome

EDIPO RODRIGUES DA SILVA

Nascimento

03/12/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

