



13/10/2020

Número: **0035367-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 337,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GLAUBER LEMOS DOS ANJOS (AUTOR)		FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69419372	13/10/2020 15:49	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189513

Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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 15811581





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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189513

Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 655

Agência: 000000655

Conta: 000006334484-0

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. 01887/01888 - carta_30 - INVALIDEZ

00010944





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: 066.478.154-30 4 - Nome completo da vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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

5 - Nome completo: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS 6 - CPF: 066.478.154-30
7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: RUA DA CONSTRUÇÃO 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: UBURO DAKTO 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53370-191
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98354-8581

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM

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

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 63344840
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA 15/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner



GOVERNO DE PERNAMBUCO
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE Ocorrência N°. 2010319056387

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
18/05/2020 às 12:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/06/2019 às 09:40

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SENADOR NILO DE SOUZA COELHO, 00** - Bairro: **OURO PRETO** - Município:
OLINDA - Estado: **PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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

(VITIMA) - GLAUBER LEMOS DOS ANJOS; Sexo: **Masculino** ; Pai: **JOAO GUILHERME DOS ANJOS** ; Mãe: **MARIA IZABEL DE LEMOS** ; Data de Nascimento: **13/02/1986** ; Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** ;
Documentos: **6907632 (RG)** , **066.478.154-30 (CPF)** ; Estado Civil: **NAO INFORMADO** ; Escolaridade: **NAO INFORMADO** ; Profissão:
MECANICO ; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO** ; Telefone Celular: **(81)98354-8587** ;
Endereço Residencial : **RUA DA COSTELAÇÃO, 34; CASA; 53000-000; OURO PRETO; OLINDA; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(a) Sr(a): **GLAUBER LEMOS DOS ANJOS**
Categoria: **MOTOCICLETA** ; Marca do Objeto: **HONDA** ; Modelo do Objeto: **CG 125 KS** ; Número CRLV: **227740529** ; Placa: **KFT2459** ; Cor do
Objeto: **PRETA** ;
Quantidade: **1 (UNIDADE)** ; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

SEGUIA NA AVENIDA SENADOR NILO DE SOUZA COELHO, NAS PROXIMIDADES DO BAR DA ACEROLA, E UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO FEZ UM RETORNO NA MINHA FRENTE, SEM FAZER NENHUMA SINALIZAÇÃO. DESTA FORMA NÃO PUDE FAZER NENHUMA MANOBRA PARA LIVRAR A COLISÃO, A COLISÃO FOI NA LATERAL DO CARRO. A MOTO FICOU DANIFICADA, QUEBROU A BENGALA, PAINEL, JANTE E ALGUMAS AVARIAS. A MOTO É DE PROPRIEDADE DE ADRIANO JOSE LIMA DA CONCEIÇÃO, E ESTAVA EM MINHA POSSE. DEIXO REGISTRADO ESSE FATO.

Digitalizada com CamScanner



"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial **ELAINE CRISTINA DA COSTA CAVALCANTI** - Matrícula: 319662-3

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.



Digitalizada com CamScanner



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006334484-0

Nr. da Autenticação 9094962E2511BDFB



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CLEBER LEMOS DOS ANJOS

CPF 075 453 624-62

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CONSTELACAO 34

OURO PRETO/OLINDA
OLINDA PE
53370-191

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
106672318	UNICA	05/05/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/05/2020	2013021526	2068003

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7014894807	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
12/05/2020	02/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	118,91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Digitalizada com CamScanner



Atendimento: 1479162

Senha da Classificação:

0154

Data e Hora: 10/06/2019 10:32

Paciente: 26053 GLAUBER LEMOS DOS ANJOS Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 13/02/1988 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA IZABEL DE LEMOS Nome do Pai: _____
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: CONSTELACAO -- 34 Bairro: OURO PRETO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53370130 Usuário Atendimento: DAYANNELS
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 86383064
CRN(Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

ferimento pé ① após acidente de carro

Exame Físico

ferimento pé direito

RA:

Hipótese Diagnóstica

fratura de 3º PDD

Medicamentos

04001005-8

Prescrição Médica

Obet zero
2 Dipirona 1g - 12h + AD. EV. 6/6h
3 Clonazepam 0,5mg - 12h + 10mg - 8/8h
FARMACIA ATENDIMENTO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HMA

Senha: 5402097

Dr. Rodrigo T. da Silva Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
Carimbo/Médico



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/06/2019 10:27

	Nome Paciente:	LAUBILENE DOS ANJOS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	0154
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 10/06/2019 10:28 - 10/06/2019 10:29

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAUMA EM MID COM SANGRAMENTO ATIVO
Observação:	ALERGIA - HAS - DM -
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/06/2019 10:29

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner





Laudo para solicitação de autorização de internação

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário
GLAUBER LEMOS DOS ANJOS	126473
Cartão Nacional do SUS	10 - 1 - Etnia
7 - Data de Nascimento	0000 - Não Se Aplica
13/02/1986	
8 - Sexo	10 - RacaCor
X 1 - Masculino	03 - Parda
3 - Feminino	
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato
MARIA IZABEL DE LEMOS	8198882379
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
CLEBER	988823790
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
RUA DA CONSTELACAO, 34 - OURO PRETO	
16 - Município	17 - IBGE
NDA	250960
	18 - UF
	PE
	19 - CEP
	53370191

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PE DIREITO COM DOR NO MEMBRO, NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES EF LOTE AAA EUPNEICO NORMOCORADO MID. LESAO EM 3º PDD MSD. HEMATOMA EM ANTEBRAÇO	
21 - Condições que justificam a internação	
CITADAS ACIMA	
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
ANAMNESE+ EXAME FISICO	
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO	S922
	S925
	W189
	1229
25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	
28 - Código do Procedimento	
0415020069	
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento
CIRÚRGICA	2
31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	10/06/2019
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
	16339
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora
37 - () Acid. Trabalho Típico	40 - Nº Bilhete
38 - () Acid. Trabalho Trajeto	41 - Série
	42 - CNPJ / Empresa
	43 - CNAE / Empresa
	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência	
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	
AUTORIZAÇÃO	
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
D. Wagner Athayde Méd. Ortopedista CRM 15833 - TEOD 12551	

AUTORIZAÇÃO	
52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
261910218372-0	

Código do Laudo: 481450

Digitalizada com CamScanner



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Restmo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/06/2019 13:08

Nome Paciente: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/02/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0021
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Orluso

Período: 10/06/2019 13:14 - 10/06/2019 13:18

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VEM POR MEIOS PROPRIOS, ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA COM RELATO DE COLISAO MOTO X MOTO NA PERIMETRAL SENTIDO PE 15 HA APROXIMADAMENTE 2 HORAS. COM QUEIXA DE DOR EM PE DIREITO 3º PDD E EDEMA EM BRAÇO DIREITO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 6
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUÊNCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

Fernanda Maria Rocha Botelho
Coren 498644 - ENF

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/06/2019 13:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 481460

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS	Prontuário: 126473		
Idade: 33a 3m 26d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 13/02/1986
Profissão:	Escolaridade:	Telefone: 988823790	CEP 53370191
R.G.: 6907632	C.P.F.: 06647815430	- OURO PRETO	- OLINDA - PE
Endereço: RUA DA CONSTELACAO			
Dados da Internação			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 10/06/2019 14:25		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA		
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO	Leito: VERD2-01		

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

14/06/19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11/06/19	Hora da Alta: _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <i>Por Análise Clínica</i>	
Diagnóstico Principal.....: <i>Fratura de SUPRO.</i>	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: <i>Le + Oct + Rm com fio K.</i>	
<div>Assinado por: João Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CREMEP 1670 e CRM:</div>	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Glauco Lemos

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 481450

Senha da Classificação:

0021

Data e Hora: 10/06/2019 13:23

Paciente: 126473 GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1986 **Idade:** 33 anos **Convenio:** 2 **SUS - EXTERNO / URGENCIA**

Nome da Mãe:: MARIA IZABEL DE LEMOS

Nome do Pai: JOA GULHERME DOS ANJOS

Nome da Mãe.: MARIA L.
Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereco: RUA DA CONSTELACAO

34

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

VITIMA DE QUEM DENOTO HA¹ 2 Horas com
 TRAUMA EM PE DINTO. COM PM NO MENQ. 10
 162 ATIVULAS. COMOLASAPAS.

Exame Físico

2046 AAA CUP ~ 6.10
MID: 1530 cm 3: 2046 + 1075 cm 2046 - 1000 cm
25 26
MSD: 6260A cm 1075 cm 1075 cm

Hipotesis Diagnostico

agnostico
FX < XPOSTA OK 3: PDD

Prescrição Médica

- SAKILITO: 12x PERIAP + P.
- DIONONA 12x 12
- 12x 12 : 1000 SF
- CEFALOTINA 2g + 12x 12
- SAT IM
- VAT IM

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ivo Lacerda
CRM-PE 23590

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

Senha: _____

☐ Encaminhado ao setor de internacional



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:GLAUBER LEMOS DOS ANJOS REG:126473

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
10/6/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +_ 2 HORAS COM TRAUMA EM PÉ DIREITO COM DOR NO MEMBRO , NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES EF LOTE AAA EUPNEICO NORMOCORADO MID: LESAO EM 3° PDD NV+ MSD: HEMATOMA EM ANTEBRAÇO HD: FX EXPOSTA DE 3° PDD CD: BLOCO CIRURGICO
A/106119	H801H
C71GG	Jd. Bosop (106119) LCFOC + Zoucan / K.
	Tive o soco seu interior . . . lora, sua breve e assim, tem pouco ou me passando .
	No sono asceros .
	E : Assim mesmo .
	Pode ser algo .
	Só é PI com o sumam .
	João Bosco R. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CREMEPE 26.670



Aviso de Cirurgia : 57233

Paciente : 120473

Convênio Atend. : 1

Leito : 554

Dt. Início : 10/06/2019 15:50

Cid Pré-Operatório : S626

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA 04

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

SUS - INTERNACAO

VERD2-01

Dt. Fim : 10/06/2019 16:50

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Atendimento : 481460

Carteira :

Idade : 33 Anos

Procedimento: 0408050470

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

CIRURGIAO

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 3ºPDD + FERIMENTO EXTENSO EM PÉ DIREITO
CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K
CIRURGIÃO: DR. ROMERO NERY
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO
ANESTESISTA: O CIRURGIÃO
ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MÍD;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE PLANTAR DO ANTEPÉ DIREITO E ENTRE OS 5º, 4º E 3º RAIOS
4. DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXADA COM 01 FIO K 1,5MM INTRAMEDULAR
7. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM : 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRÁEZ



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Glenn Long Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

16/09/19 Fim extubação 20 30/00

Paciente em
suporte vital
no 7 - For K
Orelha 15/1

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 14.365



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1485266870

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485266870

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GLAUBER LEMOS DOS ANJOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6907632 SSP PE

CPF
066.478.154-30

DATA NASCIMENTO
13/02/1986

FILIAÇÃO
JOAO GUILHERME DOS ANJOS
MARIA IZABEL DE LEMOS

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03388058659

VALIDADE
16/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
22/09/2004

OBSERVAÇÕES

Glauber Lemos dos Anjos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
18/09/2017

[Signature]

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

45822561111
PE081571240

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014803556012

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	227740529	*****	2019

NOME
ADRIANO JOSE LIMA DA CONCEICAO

OLINDA-PE

0

CPF / CNPJ
045.024.374-50

PLACA
KET2459

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
9C2JC4110AR051429

ESPECIE TIPO
P3 / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB. ANO MOD.
2010 2010

CAP. / POT. / CIL
2P / 124CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
	IPVA 2019 QUITADO			1º	*****
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		2º	*****
	1	*****		3º	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 01/03/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BV FINANCEIRA SA C F I

OLINDA

DATA
26/03/19

Roberto Carlos Moreira Pontalino
DIRETOR-PEE EXPEDIDOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189513 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.
p 5/6/8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ 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 DE 3º DEDO DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147458/20

Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

CPF: 066.478.154-30

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS : 066.478.154-30

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: 25/05/2020
Nome: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS
CPF: 066.478.154-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

