

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170233607 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA **Data do acidente:** 11/02/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OLÉCRANO ESQUERDO EVOLUINDO COM NEURÓLISE DE NERVO ULNAR E FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETALHAMENTO DO REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COBREVIA Nº 481176756 2017

JOSE AMERSON DE LIMA

RECIBO Nº 013154557520

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013154557520

JOSE AMERSON DE LIMA

RECIBO Nº 013154557520

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

082-305-594-90

013154557520

RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

EFF/009



ASSINATURA

481176756

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Tora Paulovna Figueira da Silva

DATA DO ACIDENTE 14/02/2017 CPF DA VITIMA 082.305.594-90

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO C

A VITIMA É Pessoa Permanente

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Venâncio

Nº 215 COMPLEMENTO Caro BAIRRO Libano

CIDADE Recife UF PE CEP 52.090-020

E-MAIL TELEFONE 8498416-3272
98523-6925



MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MONTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (PREBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONPROVADAS.

• 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 NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 3204

*

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) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/04/17

IDENTIDADE Paulovna

ASSINATURA Paulovna

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24/04/17

NOME Daniela

ASSINATURA Daniela



REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
CARLOS SILVA DE FREITAS

DOC IDENTIFICAD / OUTRO IDENTIFICAD
6300624 RDD PE

CPF
049.212.454-01

DATA NASCIMENTO
30/06/1983

FLANCO
JOSE VITOR DE FREITAS A

RINALDO MARIA SILVA
DE FREITAS T

PERMANENTE
ACQ
CARTÃO
3

Nº REGISTRO
95087089331

VALIDADE
17/08/2020

VALIDACAO
27/11/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
18/08/2015

30059857840
95053386728

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

RECEBEMOS DO DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS

28 ABR 2017

SEGURO DPVAT.



Data do Atendimento: 11/02/2017 Hora: 03:45:32

No. Atendimento: 987975

CLINICA GERAL

PRONTUÁRIO: 318298

Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MEDICO

Colaborador: CLEIDESILVA

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Sexo: M

Data de Nascimento: 05/02/1987

Idade: 30 Anos, 0 Mes e 6 Dias

C.I.: 537040097

Pais ou responsáveis: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA DESCOBERTA - 52090020

Cidade: RECIFE

Tel.: 81 988159160

Hora do Atendimento: 1 Hs

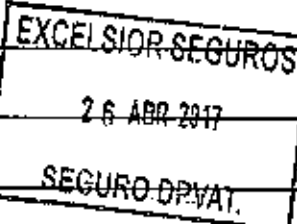
Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA: Paciente com história recente de queda
de moto (há aproximadamente 20 min), apresentando
movimentos em membros superiores e inferiores, além
de ferimentos em cara superior. Apresenta sinais

EXAME FÍSICO: apresentando um ferimento próximo a coxa
superior. Paciente está mais de embriaguez
e no momento não demonstra sinais de alteração
no sistema

DIAGNÓSTICO: Fratura de braço E



CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO E: Limpeza + curativo

Tratamento com analgésico
Solicito Rx

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 6:30 Vito E e pé E (AP

Fratura em 1/3 M.E. e pé)

Paciente recebeu a 1ª medicação

em 1/3 M.E. e pé. Aguarda melhora

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Estável () Piorado

Tratado com analgésico
Dipirona + morfina
José Otávio de Andrade
Médico
CRM 22507

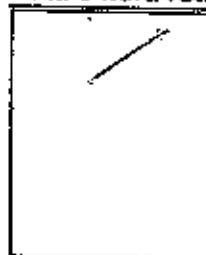
Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/02/2017 03:37



Nome Paciente: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1987
Sexo: Masculino
Idade: 30
Senha: B0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/02/2017 03:37 - 11/02/2017 03:42

ROBERTA BIONDI NERY DE FREITAS - COREN: 253610 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: FERIMENTO EM MIE C/ SANGRAMENTO APOS QUEDA DE MOTO HA 20 MIN

Observação: HAS(-) DM(-)
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
NEGA OUTRAS QUEIXAS

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - DOR MODERADA
- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CLÍNICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO-DPVAT.

Acolhido(a) por: ROBERTA BIONDI NERY DE FREITAS - COREN: 253610 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/02/2017 03:42

Data do Atendimento: 11/02/2017 Hora: 07:26:37
No. Atendimento: 987994 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

PRONTUÁRIO:
Colaborador: MELQU

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA Sexo: M

Data de Nascimento: 05/02/1987 Idade: 30 Anos, 0 Mes e 6 Dias C.I.: 537040097

Pais ou responsáveis: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANQUA, 215 - NOVA DESCOBERTA/ - 52090020

Cidade: RECIFE Tel.: 81 988159160

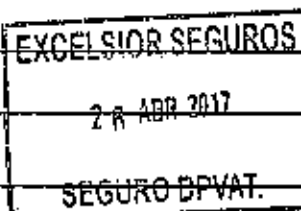
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °C

QPD / HDA: Paciente lesion de trauma (moto x carro) de 3h de dor no antebraço / dor no antebraço E. / joelho E. (7) p. E.

EXAME FÍSICO: Dor + sensibilidade antebraço E. / p. E. joelho E.

DIAGNÓSTICO: Ent. exp. 2° / 5° D.E.

Ent. exp. abn. parcial E.



CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

- Dita VO por g. 25b
- Cephalon 20 + AD 1x
- Rx joelho E. / braço
- Continuar

Rx - pt. abn. parcial E.

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

- Rx joelho E. / braço - s. / antebraço
- Tala antebraço - palmar E.

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

(X) Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

HOF recb 5302342

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Formo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/02/2017 06:59

Nome Paciente: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente: 318298
Data de Nascimento: 05/02/1987
Sexo: Masculino
Idade: 30
Senha: C0001
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/02/2017 06:59 - 11/02/2017 07:25

DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COREN: 334720 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PCT APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMI + FERIMENTO EM MIE, SIQ RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HJ PELA MADRUGADA.
NEGA DESMAIO E VÔMITO, PCT CONSCIENTE E ORIENTADO.

Observação:

HAS (-) DM (-)
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
NEGA OUTRAS QUEIXAS

Fluxograma sintoma:

ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es):

- DOR MODERADA
- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COREN: 334720 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/02/2017 07:25

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Oliveira Almeida

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 510201

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: João Anderson Idade: 5-7
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Pernambuco

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queda de moto
Intoxicação
Hipótese Diagnóstica: Fratura de braço

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Silva Almeida

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5102392

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Dr. Anderson Idade: 30 A

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queda de moto
em 12-03-2017
em Recife
Hipótese Diagnóstica: Fratura de braço
em 12-03-2017

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo (-)

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () - Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Tratamento e seguir

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO PRIVAT.



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

11/10/16 ANDRÉAS FARIAS - 11/16
1-23284MARCA BETA U1
ANÁLISE DE URINA
H. CAC. BUN. 1-1-121377
Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

Data: ____/____/____

Médico-CRM

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado JOÃO ALEXANDRE FARIAS
RICCA

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 60 dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico S521

d) Tratamento com

Deverá retomar ao Ambulatório de: OUTRO

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

11015
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

21/03/17
LOCALIDADE/DATA

Silvio Macêdo
Ass. do Médico - CRM N.º

Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 88 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

**SES****HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Registro: 1023284

Enf: 09/3/17

Leito: 10.2

DATA DE ENTRADA: 02/3/17

DATA DE SAÍDA 09/3/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO, EVOLUINDO COM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E MELHORA DO QUADRO ALGICO. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÃO PARA MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NESTE SERVIÇO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: OMBRO
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Dr. Julio Porto
Médico
CRM - PE: 24080

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA REGISTRO:

ALTA HOSPITALAR EM: 09/3/17

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: OMBRO EM: 15 DIAS

MÉDICO:

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 09/3/17

Dr. Tullio Porto
Médico
CRM - PE 24080

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO.

VISTO - ENFERIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
portador da Carteira Profissional nº _____ Série
_____ necessita de 30 (QUINZE) dias de afastamento do
trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO

Deverá comparecer ao ambulatório de: OMBRO/COTOVELO
Com 15 dias

Dr. Túlio Porto
Médico
CRM - PE 24080

Recife, 09/3/17

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: M

Nº DO PRONTUÁRIO: 1023284

NOME DA MÃE: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

ENDEREÇO (AV./RUA):

Nº:

BLOCO:

APTº

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES: EXAME FÍSICO + RAIOS X

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE
COTOVELO ESQ + NEUROLISE DO NERVO ULNAR + ARTROTOMIA DE
COTOVELO

CÓDIGO:

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA: 08/03/2017

DATA: 08/03/2017

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**

SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: M

Nº DO PRONTUÁRIO: 1023284

NOME DA MÃE: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

ENDEREÇO (AV./RUA):

Nº:

BLOCO:

APTº

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES: EXAME FÍSICO + RAIOS X

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
COTOVELO ESQ + NEUROLISE DO NERVO ULNAR + ARTROTOMIA DE
COTOVELO

CÓDIGO:

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA: 08/03/2017

DATA: 08/03/2017

Lucas Severo
Médico
CRM - PE 25.317

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO





PAULINO
JOSE RODRIGUES



Identificação: Jose Anderson Idade: DIH: Data: / /
Enfermaria/Leito: 10.2 Tipo de fratura: Proxim. Anfibraço
Mecanismo: Classificação: data trauma: / /

Medicação - Data: 06/03/17

Em uso de: ☒ Clpro D ☐ Cefalotina D ☐ Vancomicina D ☐ Metronidazol D
☐ Clinda D ☐ Rocefin D ☐ Meronem D ☐ Genta D
☐ Outros:

☒ Paciente estável, sem queixas.

☐ Alterações

Ex: Geral - ☒ EBG, anictérico(a), acianótico(a), normocorado(a), hidratado(a), sem edemas

ACV - ☒ RCR em 2T, BNF, sem sopros

AR - ☒ MV+ em AHT, sem RA

DA - ☒ Dor em repouso ☐ Dor a movimentação

☐ Alterações: sem

Parâmetros: ☒ OK

Hb - Ht - Leuco - Plaqt: TP: INR: TTPa:

P-cárdio risco - Raio X:

Procedimento: D- ☐ Dreno - Débito:

Descrição de FO: ☐ FO limpa, sem sinais flogísticos ☐ FO com sinais flogísticos

☐ Saída de secreção hialina, não purulenta ☐ Secreção purulenta

Outras alterações:

SOL

① 50

☐ Solicito exames pré-operatórios

Dr. Fúlio Porto
Médico
CRM - PE 40580

EXCELSIOR SEGUROS
2 A ABR 2017
SEGURO DPVAT.

Evolução - Data: 04/03/17

Em uso de: () Cipro D () Cefalotina D Vancomicina D Metronidazol D
() Clinda D () Rocefin D Meronem D Genta D
() Outros:

QC: (X) Paciente estável, sem queixas.
() Alterações

EF: Geral - (X) EBG, anictérico(a), acianótico(a), normocorado(a), hidratado(a), sem edemas
ACV - (X) RCR em 2T, BNF, sem sopros
AR - (X) MV+ em AHT, sem RA
SOA - () Dor em repouso () Dor a movimentação
() Alterações: 2/ dor

Pré-op: (X) Ok
Hb- Ht- Leuco- Plaqt- TP- INR- TTPa-
P-cárdio risco-

Pós-cirúrgico: D- () Dreno - Débito:
Descrição de FO: () FO limpa, sem sinais flogísticos () FO com sinais flogísticos
() Saída de secreção hialina, não purulenta () Secreção purulenta
Outras alterações:

CD: 1-

0750

Dr. Julio Porto
Médico
CRM: PE 24080

Evolução - Data: 08/03/17

Em uso de: () Cipro D () Cefalotina D Vancomicina D Metronidazol D
() Clinda D () Rocefin D Meronem D Genta D
() Outros:

QC: (X) Paciente estável, sem queixas.
() Alterações

EF: Geral - (X) EBG, anictérico(a), acianótico(a), normocorado(a), hidratado(a), sem edemas
ACV - (X) RCR em 2T, BNF, sem sopros
AR - (X) MV+ em AHT, sem RA
SOA - () Dor em repouso () Dor a movimentação
() Alterações:

Pré-op: (X) Ok
Hb- Ht- Leuco- Plaqt- TP- INR- TTPa-
P-cárdio risco-

Pós-cirúrgico: D- () Dreno - Débito:
Descrição de FO: () FO limpa, sem sinais flogísticos () FO com sinais flogísticos
() Saída de secreção hialina, não purulenta () Secreção purulenta
Outras alterações:

CD: 1-

0750

Dr. Julio Porto
Médico
CRM: PE 24080

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Jon Anderson Farias da Silva
CLÍNICA: Pato I ENF.: 10 LEITO: 02

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
02/03	17:30	# Enfermagem # Paciente admitido neste setor, procedente da emergência, para submeter-se a um tratamento cirúrgico consciente, orientado do deambulando, eupneico, hidratado, apnéu, com fratura em antebraço e sem alterações psicológicas. Dra. M. S. Silva Enfs. n.º 1014 Cover - 84564

03/03/17		Fisioterapia Motora Pete EGBom, refere dor moderada em fratura de antebraço. MSE realizado, encefalografia negativa. MSE imobilizado com tala e MSD. Orientado e cuidado com os membros afetados. Claudia Belo CREFITO - 198190 - F
----------	--	--

07/03/17		Fisioterapia Motora Pete EGBom, sem alterações no quadro clínico. Mantenho conduta anterior. Claudia Belo CREFITO - 198190 - F
----------	--	---

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640

Fone: (81) 3182-8549

Nº amostra: 74

Rack: 7

Posição: 9

03/03/2017 12:52:27 WB

ID doente: 1023284

TI

Nome: JOSE ANDERSON DA SILVA

SERIE VERMELHA

REFERENCIA

RBC	4.91	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	14.6	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	41.8	[%]	34 - 48
MCV	85.1	[fL]	80 - 98
MCH	29.7	[pg]	25 - 32
MCHC	34.9	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	37.5	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	12.1	[%]	12 - 15

RBC

WNR

PLT

WDF

NRBC 0.00 [10³/uL] 0.0 [%]

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	314	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	10.2	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	11.0	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	25.9	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.32	[%]	0.17 - 0.35

3.90¹¹
95%
1.03

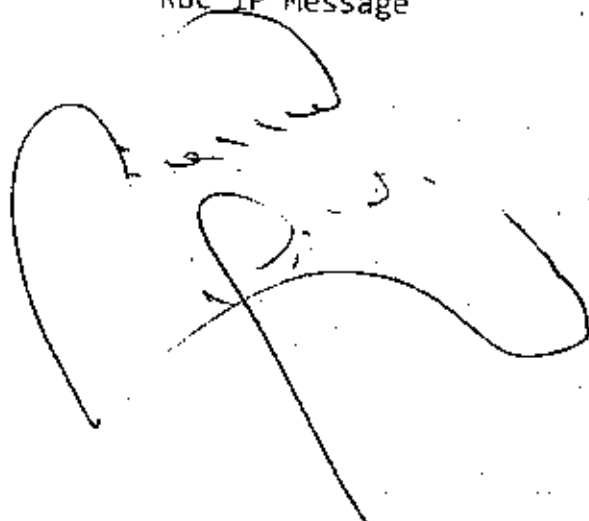
SERIE BRANCA

WBC	6.65	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
TG	0.01	[10 ³ /uL]	0.2 [%]
NEUT	3.57	[10 ³ /uL]	53.6 [%]
LYMPH	2.20	[10 ³ /uL]	33.1 [%]
MONO	0.65	[10 ³ /uL]	9.8 [%]
EO	0.17	[10 ³ /uL]	2.6 [%]
BASO	0.06	[10 ³ /uL]	0.9 [%]
			2.0 - 7.0 # 45 - 75%
			1.0 - 4.0 # 20 - 40%
			0.1 - 1.0 # 03 - 10%
			0.0 - 0.7 # 0 - 7%
			0.0 - 0.2 # 0 - 2%

RBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message



EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500
Equipamento: CMD 800i

Paciente: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
ID paciente: 1023284
Data nascimento:
Idade:
Sexo: Masc
Médico:
Diagn.:

ID amost: DIU074
Tipo de amostra: Soro
Cód barra:
Data da coleta: 03/03/2017
Hora da coleta:
Depart.: TRAUMA 2
Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
UREIA	31	mg/dL		10 - 50.
CREATININA	0.96	mg/dL		0.70 - 1.30
Na	143	mmol/L		134 - 149
K	4.0	mmol/L		3.6 - 5.5
CL	100	mmol/L		94 - 112

Data/Hora solicitação: 03/03/2017

Data/Hora teste: 03/03/2017

Data/Hora impr.: 03/03/2017 14:27:08

Testador:

Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra

Dr. H. ...
355

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.



SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO

DATA: 08/03/17 SETOR: Neurologia

TRANS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM

PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATORIAMENTE- PELO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE INTENSIFICAÇÃO

Resolução COFEN - 272/2002 - Revogada pela Resolução COFEN Nº 358/2009

Paciente: José Anderson Farias da Silva RG: 1023284 Atend: 621899

CIRCULANTE: Anderson

DATA: 08/03/17

08/03/17 HORÁRIO: 10:00 MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: NÃO ☐ SIM QUAL:

ARRIOS
Chegada na sala de cirurgia: 10:30
Fim da cirurgia: 12:00
Início da cirurgia: 10:35
Saída da SO: 12:15

PREPARAÇÕES GERAIS
Paciente certo (prontuário/pulseira/paciente) ☒ SIM ☐ NÃO
Paciente previsto ☒ SIM ☐ NÃO
Condições da pele ☒ ÍNTEGRA ☐ LESÕES
de lateralidade / Sítio cirúrgico ☐ NÃO ☒ SIM DIREITO ☒ ESQUERDO
Jejum adequado ☐ NÃO ☒ SIM Quantas horas: 12:00
Ausência de Prótese/Roupa íntima/Adorno ☐ NÃO ☒ SIM

ANESTESIA
Tipo: Dra. Valheto
Peridural ☐ Raqui ☐ Outras: ☐
Sedeção ☐ Bloqueio ☒ Horário início: 10:30 Horário término: 12:15

CIRURGIAS REALIZADAS: Hérnia de torção (E) CIRURGIÃO: Anten + Claudio

Contaminação cirurgia proposta: ☒ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infetada ☐ Potencialmente Contaminada

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO
Decúbito Dorsal ☐ Decúbito Ventral ☒ Fowler ☐ Próclive ☐ Lateral D ☐ Lateral E ☐
Artroflexão joelhos ☐ Litotomia ☐ Trendelenburg ☐ Outros: ☐

CUIDADO DA PELE DO PACIENTE
Uso de: ☐ Clorex aq. 0,2% ☐ Clorex alc. 0,5% ☒ Clorex deg. 2% ou 4% ☐ PVPi degermante
Cobertura da Área: ☐ NÃO ☐ SIM COM: Clorex 2%
Aquecimento: ☐ Manta Térmica ☐ Coxins ☐ Outros: ☐

ANÁLISES
Exames anatômopatológicos: ☐ SIM ☒ NÃO Biópsia: ☐ SIM ☒ NÃO Cultura: ☐ SIM ☒ NÃO
Identificação da peça anatômica: Identificada por: ☐ Conservada com: ☐

USO DE HEMODERIVADOS

CONFERÊNCIA PÓS CIRURGIA

Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade
		PF	
		CRIO	

Número de compressas	Início:	Fim:
Número de instrumentais	Início:	Fim:
	32	32

EXCELSIOR SEGUROS
28 ABR 2017
SEGURO DPVAT

• Bacia de Trauma
• Síntese de pérvia (16 peças)
→ No esmiação + Fátima
• Ex. 3,5 Titânio

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO

DATA: 07/03/17 SETOR: SRPA - RCT

PÓS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM

PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATORIAMENTE PELO ENFERMEIRO DA

UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR

Resolução COFEN - 272/2002 - Revogada pela Resolução COFEN Nº 356/2009



Nome: Jonas Anderson Lima da Silva

RG: 102355

CLASSIFICAÇÃO CÍSM: 12 NÃO ENFERMARIA: LEITO ATENDIMENTO

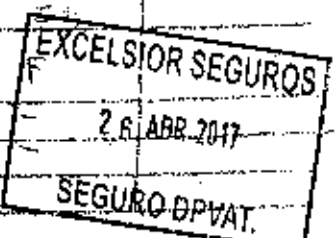
DATA DE ADMISSÃO NA SRPA:

AVALIAÇÕES - O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.

	CHEGADA	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1h 30min.	2h
Temperatura	36,5	36,45	36,30				
Saturação	97	96	97				
PO2	95%	100%	98%				
PO2 (mmHg)	126	135	130	131	135		

AValiação DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

Parâmetros a serem avaliados	Admissão	Observações	Alta	Observações
Respiratório				
Cadência (C) Agitado (AG)	C		C	
Via aérea pervia (P) Entubado (ET)	P		P	
Narcole (N) Seminarcole (SN)				
Arcoado (A)	A		A	
Sons: murmúrio vesicular normal	MVC		MVC	
Roncos (R) Sibilos (S)				
DRENO OSCILANTE (DO) (ONO)				
Exp. Torácica: sincrônica (S)	S		S	
assincrônica (A)				
Neurológico				
Retração muscular				
Nível de consciência: Consciente (C)	C		C	
Inconsciente (I) / Orientado (O)				
Desorientado (D)				
Pupila Isocóricas (PI)	PI		PI	
Pupila - Mídicas (m) ou midríase (M)				
Pupila - Pontiforme (P)				
Pupila - Anisocóricas: D>E (A) E>D (B)				
Cardiovascular				
Ritmo: Sinusal	Ritmo Sinusal		Ritmo Sinusal	
Bradycardia (B) Taquicardia (T)		Valor		Valor
Arritmia				
Perfusão periférica (PP)		Local: MVC	PP	Local: MVC
Perfusão central (PC)		Condição: Boa		Condição: Boa
Náusea:				
Presente (NP) Ausente (NA)	NA		NA	
Vômitos presentes (VP)				
Vômitos ausentes (VA)	VA		VA	
Abdominal				
Abdomem: Plano (P) Globoso (G)	P		P	
Rígido (R) Distendido (D)				
Doloroso (DI) Indolor (ID)	DI		DI	
Diurese: Ausente (A)				
Presente: espontâneo (F)	F		F	
SVA ou SVD				
Retenção (RU) Incontinência (IU)				



CNS: 702609218953945

Atendimento: 6

Paciente: 1029284 - JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
 Clínica: TRAUMATOLOGIA POSTO 1 - Leito: 10-02
 Nasce: 05/02/1987 Idade: 30 Anos 0 Mês Sexo: MASCULINO
 Mãe: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

End: RUA TAMANQUE

Bairro: NOVA DESCOBERTIDADE RECIFE

Telefone: 55218238655 Data: 02/03/2017 16

Vp: 215

NOME

PACIENTE CONFIRMOU

IDENTIDADE

☒

SÍTIO CIRÚRGICO

☒

PROCEDIMENTO

☒

CONSENTIMENTO

☒**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO

☒

ALERGIA CONHECIDA?

☒

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?

☒

EQUIPAMENTOS/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

☒

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇAS)

☒

ACESSO ENDOVENOSO?

☒

VIA ESTADUAL DE SAÚDE

ITAL OTÁVIO DE FREITAS

ÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

SEXO: MASCULINO

ES DA INCISÃO CIRÚRGICA

VE OUT (TEMPO DE PREPARO)

TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE CONHECEM PELO NOME E FUNÇÃO

☒

TODOS CONFIRMAM VERBALMENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SÍTIO CIRÚRGICO

☒

PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS - CIRÚRGIA

ETAPAS CRÍTICAS/INESPERADAS

☒

PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA

☒

HEMOCOMPONENTE PEDIDO

☒**REVISÃO DA ANESTESIOLOGIA**

ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☒

MATERIAIS (INSTRUMENTAIS, ORTESE E PRÓTESES) PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERELIZAÇÃO?

☒

INDICADOR (VÍRUL) APROVADO?

☒

EQUIPAMENTO EM CONFORMIDADE?

☒

EXAMES DE IMAGEM ESTÃO DISPONÍVEIS?

☒

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA REALIZADA?

☒

REGISTRO:

DATA:

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE

CIRURGIA

SING OUT (SAÍDA)

NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

TUMOR DE CERVIX - CERVICITOMIA

CONTAGEM DE INSTRUMENTOS, COMPRESSAS, GASES E AGULHAS ESTÃO CORRETAS?

☒

AMOSTRAS PARA ANATOMIA PATOLÓGICA IDENTIFICADA COM NOME, RG E PEDIDO REALIZADO PELO CIRURGIÃO?

☒

PROBLEMA COM ALGUM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO?

☒

O CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA TRANSPORTE E RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.

☒

ASSINATURA

LEGENDA: ☒ POSITIVO☒ NEGATIVO☒ NÃO SE APLICA

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CONSENTIMENTO INFORMADO



☒ PACIENTE

☐ RESPONSÁVEL - PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Sr. Anderson Ferreira de Silva CPF: 082.305.594

NOME DO RESPONSÁVEL: Túlio Porto RG: 24082

NOME DO MÉDICO: Túlio Porto CRM: 24082

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Correção Cirúrgica de Fratura da Antebraço

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas 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 ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o(s) tratamento(s) assistência clínica ou procedimento, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmando que recebi explicações de meu médico, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omitir em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

Racife, 08 de Março de 17

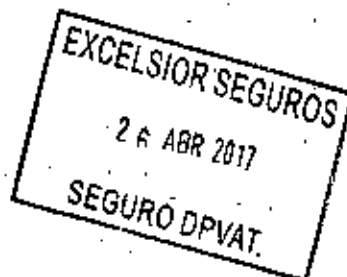
O Sr. Anderson Ferreira de Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o(a) paciente e/ou seu(ua) responsável, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Racife, 08 de Março de 17

Dr. Túlio Porto
Médico
CRM - PE 24082
Assinatura, nome legível e carimbo





HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

FICHA DE ANESTESIA

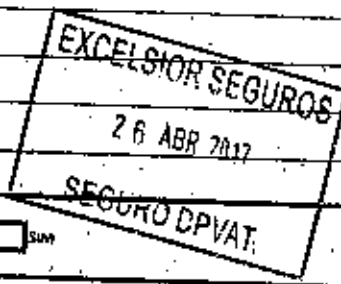
DATA: 08/03/17 ATENDIMENTO: 621898 REGISTRO: 1023284 ACOMODAÇÃO: RST
CENTRO: ANESTESIA NOME DO ANESTESISTA: Anderson Farias de Silva SEXO: M ETNIA: M IDADE: 30 ANOS
NOME DO CIRURGIÃO: Celso de Oliveira URGÊNCIA: [] FADO [] ISM: []

PROCEDIMENTO: Mast. por anest. espinal + Anest. de sed. + monitor de mm. ulnar

LIQUIDOS	DROGAS USADAS	QUANTIDADE
	Micromy. 5/10-12.5	
	Propofol 1.5	
	Ultracel 2.5	

ANOTAÇÕES

TÉCNICA ANESTÉSICA: Al. Plisco Spinal + Anest.



MONITORIZAÇÃO

☒ CARDIOSCÓPIO	☐ BIS
☒ OXÍMETRO	☐ TEMPERATURA
☒ PNI	☐ SWAN-GANZ
☐ Sonda Vesical	☐ ANALISADOR GASES
☐ CAPNÓGRAFO	☐ PVC
☐ CITO. PRE. CORDÃO	☐ ESTIMULADOR DE NERVOS
☐ OUTROS	☐ LINHA ARTERIAL
	☐ VOLEMIA IBP PLUS

ENCAMINHAMENTO

☒ ACORDADO
☐ SONOLENTO
☐ INTUBADO

DESTINO

☒ ORPA
☐ APART. / ENFER.
☐ UTI
☐ INTERNO
☐ NECROTERIO

INTERCORRÊNCIA: ☒ NÃO ☐ SIM

DESCREVER:

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Assinatura]

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA



Nome: JOSE ANDERSON ARIAS DA SILVA Idade: 30
 Data: 08/03/11 Posto: Enferm. leito: 1023284
 Cirurgião: Dr. DILAMAR 1º Auxiliar: Atendimento: 621899
 Cirurgia: T.C. de Fratura de Potevelo E 2º Auxiliar: Sala: 01
 Tipo de anestesia: Local () Bloqueio (X) Peridural () Raque () Sedação () Geral ()
 Anestesista: Dr. VALBERTO Enfe: Chave Louca
 Instrumentador(a): FATIMA Firma: NC HOSPITALAR Circulante: Amicon
 Hora admissão pact. na SO: 10:25 Hora saída pact. da SO: 12:15
 Início da Anestesia: 10:30 Término: 12:15
 Início da Cirurgia: 11:00 Término: 12:15
 Horário de Garroteamento: 11:41 Term. 12:13
 Destino do Pact. no POI: SRPA (X) Leito de Origem () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica

Soluções:

Equipamentos:

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NÃO
Gorro		Água Oxigenada		
Máscara	<u>04</u>	Alcool a 70%	<u>30ml</u>	
Propés	<u>04</u>	Ácidos Graxos Essenc.		
Touca	<u>04</u>	Clorexid. Alcool 2%	<u>100ml</u>	

Materiais:

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NÃO
Algodão Ortopédico		Clorexid. Alcool. 4%		
Atadura de Crepe <u>15</u> <u>15</u>		Pomada		
Atadura de Gesso		Tintura de Benjoin		
Borracha (Latex ou Silicone)		Xylestesin Geleia		
Cateter Nasal		Xylestesin Spray		

Soros:

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NÃO
Compressa Cirurg. <u>11</u>		Água Dest. 500ml		
Compressa Cirurg. Coluna		Manitol 20% 250ml		
Compressa de Gase <u>11</u>		Manitol 3% 250ml		
Eletrodos	<u>05</u>	SF 0,9% 500ml	<u>03</u>	
Espadrapo		SF 0,9% 250ml		
Espadrapo Ant.alerg.		SF 0,9% 100ml		
Lâmina de Bisturi Nº <u>22</u> <u>1</u>	<u>03</u>	SF 0,9% 1000ml		
Lâmina de Bisturi Nº <u>151</u> <u>1</u>	<u>01</u>	SG 5% 500ml		
Luva Cirúrgica Nº 7,0		SG 10% 500ml		
Luva Cirúrgica Nº 7,5 <u>11</u>	<u>07</u>	SGF 250ml		
Luva Cirúrgica Nº 8,0 <u>1</u>	<u>02</u>	SRL 500ml		
Luva Cirúrgica Nº 8,5				
Luvas Proced. Estéril				
Luvas Proced. ã Est. <u>1</u>	<u>05</u>			
Malha Tubular	<u>01</u>			
Perfusor				

Materiais Especiais

Produto	Qnt.	SIM/NÃO
Camisa de Vídeo		
Collatamp		
Fita Cardíaca		

EXCELSIOR SEGUROS
26-ABR-2017

Intubação / Ventilação

Gases Medicinais:

Produto	Qnt.	SIM/NÃO
Hemostático/Colas Biolog.		
Sonda Endot. Inf. Nº		
Sonda Endot. Inf. Nº		
Sonda Endot. Ad. Nº		
Sonda Endot. Ad. Nº		
Traqueostomia Nº		
Ar Comprimido		
CO ₂		
Nitrogênio		
Oxido Nitroso		
Oxigênio	<u>5/2</u>	



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

NOME
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5370400097 / MT / PE

CPF
082.305.594-90

DATA NASCIMENTO
05/02/1987

FILIAÇÃO
JOSE AURELIO DA SILVA
JOSENEIDE FRANCISCA
DE FREITAS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
05547038057

VALIDADE
17/03/2017

1ª HABILITAÇÃO
24/07/2012

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
24/07/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

26299413468
PE054548594

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
758032478

UNID. PLASTIFICAR
758032478

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **082.305.594-90**

Nome da Pessoa Física: **JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA**

Data de Nascimento: **05/02/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/05/2006**

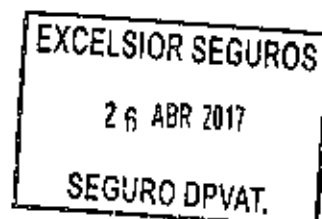
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:08:49** do dia **04/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1BE1.01D9.5369.3C3A**



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

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



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlyou Silva de Freitas portador(a) do
RG nº 6.300.624, expedido por SDS/PE, em
15/06/09, CPF/CNPJ nº 049.212.454-01,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jose

Anderson Farias da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Jose Anderson Farias da Silva e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: CNH e Comprovante de Residência

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.



GR745A 10 51191/273-02

55 36914

28663 DT. POSTAGEM: 19/07/2016



CARYLOU SILVA DE FREITAS
R PASTOR EVANG LICO BENOBY CARVALHO DE SOUZA 418
BOMBA DO HEMET RIO
52211-020 RECIFE PE



51191273027451407161036914

PARA USO DO CORREIO

- | | |
|--|---|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ NÃO EXISTE O N° INDICADO |
| ☐ RECUSADO | ☐ NÃO PROCURADO |
| ☐ FALECIDO | ☐ AUSENTE |
| ☐ INFORM. ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL

EM / / RESPONSÁVEL VISTO



7213087339057190000002854830190716

REMETENTE: CONSÓRCIO NACIONAL VOLKSWAGEN-ADM. CONSÓRCIO LTDA.
ENDEREÇO: RUA VOLKSWAGEN 291 ADM. OP. GERAL
PARQUE JABAQUARA
CEP: 04344-020 SÃO PAULO SP

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Anderson Farias da Silva

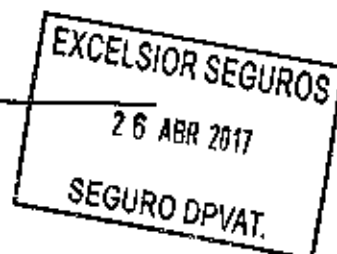
Portador do RG nº 5340400094 expedido pelo MFPE em 24/04/13

CPF nº 082.305.594-90 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a),
venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	Rua Tamamingua
Número	216
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Nova Descoberta
Cidade	Recife
Estado	Pe
CEP	52.090-020
Telefone de Contato	(81) 98416-1272/98523-6929
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Recife 11 de Abril de 2017
LOCAL / DATA



X Jose Anderson F da Silva

ASSINATURA DO DECLARANTE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0600 282 5559
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

AUTENTICACAO MECANICA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, José Anderson Farias da Silva, portador da carteira de identidade nº 5370400097 e inscrito no CPF/MF sob o nº 082.305.594-90, residente e domiciliado na Rua Tamanginqua, 215, Nova Descoberta, Cidade Recife, Estado Pe, 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:

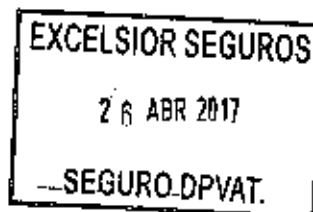
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento, a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Anderson Farias da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Recife 11 de Abril de 2017

Local e data

Data do Atendimento: 11/02/2017 Hora: 03:45:32
No. Atendimento: 987975 CLINICA GERAL
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MEDICO



PRONTUÁRIO: 318298
Colaborador: CLEIDESILVA

Nome: **JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA**

Sexo: M

Data de Nascimento: 05/02/1987

Idade: 30 Anos, 0 Mes e 6 Dias

C.I.: 537040097

Pais ou responsáveis: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço.....: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA DESCOBERTA/ - 52090020

Cidade... · RECIFE

Tel : 81 988159160

Hora do Atendimento: / Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA: Pariente com história recente de queda
de cost. (há aproximadamente 20 dias), apresentando
serviços em membros superiores e inferiores, além
de ferimentos em cara esquerda. Apresenta sinais

EXAME FÍSICO: deformidade na região próxima a cabeça
erigida. Paciente exibe mais de um tumor
e no momento não dá a aplicação adequada p/ Medicação
de furo

DIAGNÓSTICO: *Fratura de base E*

EXCELSIOR SEGUROS

~~9 APR 2017~~

~~SEGURO DPVAT~~

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

C. Lingua & *C. Lingua*

Serbon (Armita nas Rodigas)

(3) Traveling money Initial \$1000

④ Soluto $K \times \text{COREN} - \text{RE}$

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 6:30 Vito E e pé E (1SP)
fratura em pé ADE (3 perfis)

Pariente no record a four median

~~Tr. e a leg. R. do Uplando Aguarda mullano.~~

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

☐ Transferência para outra Unidade ☐ Óbito ☐ Outro

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado (x) Estável () Piorado

[illegible]

1875
José Otávio de Andrade
Médico
CRM 22507

Médico - Carimbo e Assinatura



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PI _____

Autorização de pagamento



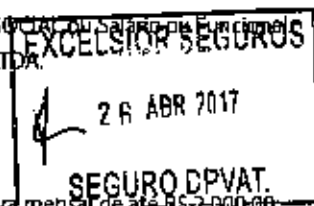
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Anderson Farias da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5340400097 EXPEDIDO POR MT-PE EM 24/04/13 E
 CPF 082305594-90 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Rececionista
 E RENDA MENSAL DE R\$ Rececionista (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Anderson Farias da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0049 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00214446-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 11 de Abril de 2017

LOCAL E DATA

a Jose Anderson F. DA SILVA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 517ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA
DP17ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0107000569**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2017** às
16:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **11/2/2017** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ALTO TREZE DE MAIO, 61 - Bairro: NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / SUBIDA DO ALTO 13 DE MAIO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

26 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na peração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
VEICULO: (Usado na peração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ELEMENTO DESCONHECIDO

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

JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS Pai: JOSE AURELIO DA SILVA Data de Nascimento:
6/2/1987 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5379406607/MT/PE
(RG), 05230669400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO
Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares:
- 992186629

Endereço Residencial: **RUA TAMANIQUE, 215 - CEP: 55006-000 - Bairro: NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA GILBERTO FREIRE, ALTO 13
DE MAIO**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFT7000** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA, PRETA, PLACA PFT 7000.**

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

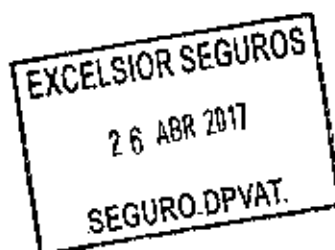
INFORMA A VITIMA QUE QUANDO TRANSITAVA EM SUA MOTOCICLETA NA SUSIDA DO ALTO 13 DE MAIO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM VEICULO E CAIU NO CHAO, SENDO SOCORRIDO PELO SEU CUNHADO DE NOME JOSE CARLOS JUNIOR, O QUAL ENCAMINHOU O GRA VITIMA A UPA DE NOVA DESCOBERTA ONDE FOI REALIZADO O ATENDIMENTO DE NUMERO 087875 NO DIA 11/02/2017 E DEPOIS A VITIMA FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS ONDE FOI REALIZADO PROCEDIMENTOS CIRURGICOS. A VITIMA INFORMA QUE O MOTORISTA DO VEICULO SE EVADIU DO LOCAL. CASO AFETO A DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO.

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

JOSE ANDERSON F. DA SILVA
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RINALDO TENORIO DE CERQUEIRA FILHO** - Matrícula: **221527-0**

Rinaldo Tenório de P. Filho



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 10997176

A/C: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Sinistro: 3170233607 ASL-0161734/17
Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Data Acidente: 11/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Valor: R\$ 6.075,00

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 000000214446-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.075,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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\$	1.350,00
--	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2017

Carta nº: 10917066

A/C: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170233607 ASL-0161734/17
Vitima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Data Acidente: 11/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2017

Carta nº: 10931097

A/C: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Sinistro: 3170233607 ASL-0161734/17
Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Data Acidente: 11/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.075,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000214446-7

Nr. da Autenticação 8348E496D1B4B135

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA** Sinistro: **3170233607** Data: **11/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Tamaniqua, 215, CASA - Nova Descoberta - Recife - PE - CEP 52090-020**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MT** / **PE**] **53704 00097**

Data local do exame: [**08/05/2017**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta de ulna proximal esquerda. Fratura exposta de 1° e 5° pododáctilos esquerdos. Múltiplas escoriações. Vítima refere diminuição de força do membro superior esquerdo. Ao exame apresenta limitação severa da flexoextensão do cotovelo esquerdo, limitação da flexão dos 1° e 5° pododáctilos esquerdos.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico para fratura de ulna, neurólise de nervo ulnar, artrotomia de cotovelo e sutura de lesões. Realizou fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do 1º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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 (*).

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):
5º pododáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):
1º pododáctilo esquerdo

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

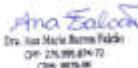
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Ana Maria Barros Falcao
CRM: 226.999.674/12
CRM: 8978-PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170233607 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA **Data do acidente:** 11/02/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de ulna proximal esquerda. Fratura exposta de 1º e 5º pododáctilos esquerdos. Múltiplas escoriações.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere diminuição de força do membro superior esquerdo. Ao exame apresenta limitação severa da flexoextensão do cotovelo esquerdo, limitação da flexão dos 1º e 5º pododáctilos esquerdos.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico para fratura de ulna, neurólise de nervo ulnar, artrotomia de cotovelo e sutura de lesões. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			45 %	R\$ 6.075,00

PRESTADOR

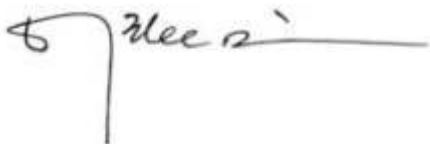
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nome: Jose Anderson Farias da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Porteiro

Identidade: 5340400094 - MTPE CPF: 082.305.594-90

Endereço: Rua Tamamingua, 215, Nova Aereoberta

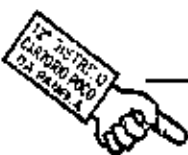


DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - POC DA PAINELA - RECIFE - PE
Rua Leônidas Coelho, 112 - Casa 100 - Recife - PE - CEP: 52060-340
(81) 3271-1111 - E-mail: carlos@djca.org.br
Reconheço por autenticidade (doc s/vr econ) a firma indicada de
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
a qual confere com o pedido registrado nesta serventia. Dou fé,
Recife-PE, 04 de abril de 2017.
Escritório de Notário Público
Liaza: R\$ 3,88 - 158 - R\$ 20,00 (Notário) R\$ 4,66
Válido somente com o selo de autenticação
www.tjpe.jus.br/selloficial
Visto conforme com selo de autenticação

OUTORGADO(S): CARYLOU SILVA DE FREITAS, brasileira, solteira, inscrito (a) no CPF sob nº 049.212.454-01, RG nº 6.300.624 SDS/PE, com endereço profissional a Rua Chã de Alegria, nº 80, loja - 03, bairro Bomba do Hemetério, Recife, estado de Pernambuco, e/ou WELLINGTON JOSÉ DA SILVA, brasileiro, casado, inscrito (a) no CPF sob nº 052.386.164-81, RG nº 5.366.904 SSP/PE, com endereço profissional a Rua Chã de Alegria, nº 80, loja - 03, bairro Bomba do Hemetério, Recife, estado de Pernambuco, e/ou MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, inscrito (a) no CPF sob nº 015.131.604-00, RG nº 6.424.822 SSP/PE, com endereço profissional a Rua Chã de Alegria, nº 80, loja - 03, bairro Bomba do Hemetério, Recife, estado de Pernambuco.

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

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



Recife 04 de Abril de 2017

JOSE ANDERSON F. DA SILVA

OUTORGANTE
Reconhecer firma por autenticidade

