



Número: **0059220-91.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70253 552	28/10/2020 16:39	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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200310279

Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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 16086499

Pag. 0003000034 - cartao_01 - INVALIDEZ

00020267





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 082.305.594-90 4 - Nome completo da vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 462/2012

5 - Nome completo: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA 6 - CPF: 082.305.594-90

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TAMANIQUE 9 - Número: 215 10 - Complemento: CC-8

11 - Bairro: N. DESCOBERTA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52090-020

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD) (81) 9.8835-4910

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 2144467 (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 não compareci à perícia de avaliação do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Div.) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Graude 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 nascido(a) filho(s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital de quem assina a rogatória: _____

35 - Nome legível de quem assina a rogatória: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogatória: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória: _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 28 de Agosto 2020.

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0107000521**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2020** às **10:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2020** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA NOVA DESCOBERTA, 1** - Bairro: **BREJO DE BEBERIBE** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **52090-003**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSUEL VICENTE FERREIRA (OUTRO)
JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA**

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

JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSINEINE FRANCISCA DE FREITAS** Pai: **JOSE AURELIO DA SILVA** Data de Nascimento: **5/2/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5370400097/SDS/PE (RG), 08230559490 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares: **988354910**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **M** Pai: **P** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOSUEL VICENTE FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VANISIA VICENTE FERREIRA** Pai: **MOSEIS TOME FERREIRA** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL VICENTE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA, QUE NO DIA CITADO, ELE TRANSITAVA PELO ALTO TREZE DE MAIO NA LOCALIDADE DO ALTO DAS PEDRINHAS, PROXIMO A ASSEMBLEIA DE DEUS, ONDE ELE CAIU EM UM BURACO LOCALIZADO NA RUA, E FOI SOCORRIDO PELO SEU CUNHADO E LEVADO PARA A UPB DA CAXANGA, ONDE DEU ENTRADA NO DIA 23/04/2020 CONFORME O PRONTUARIO DE NUMERO 00498663, ATENDIMENTO 01420460,, ONDE FOI FEITO LINPEZA E SUTURA MAIS CORATIVO, E LIBERADO, SENDO NO DIA SEGUINTE DIA 24/04/2020, ELE DEU ENTRADA NOVA MENTE COFORMRO PRONTUARIO DE NUMERO 00498663, ATENDIMENTO 01420588, COM FLATURA DE MALEOLO DIREITO E FRATURA DE TORNOZELO, ONDE FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREIRAS, CONFORME O PRONTUARIO DE NUMERO 1023284, ONDE DE LA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL ARLIDO MOURA COFORME O NUMERO DE ATANDIMENTO 342720, POR ESTE MOTIVO PEDE PROVIDENCIAIS POLICIAIS.

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

JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA
JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDINALDO MATIAS DE LIMA** - Matrícula: **3809471**
(Liberado em 28/08/2020 às 11:21)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 082.305.594-90 4 - Nome completo da vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 462/2012

5 - Nome completo: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA 6 - CPF: 082.305.594-90

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TAMANIQUE 9 - Número: 215 10 - Complemento: CC-8

11 - Bairro: N. DESCOBERTA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52090-020

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD) (81) 9.8835-4910

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 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 POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todas as bancas)

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

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 214446 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que não compareci à reunião de análise de pedido do Instituto Médico Legal (IML) para análise e requerimento de pericia para o Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Div.) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Graude 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 nascido(a) filho(s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital de quem assina a rogatória: _____
35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 28 de Agosto 2020.
* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 14/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000214446-7

Nr. da Autenticação 0DA92FF3B5B4EBF8





NOTA FISCAL - FATURA - CONTRA DE ENTREGA DE ENERGIA

Companhia Paranaense de Energia
 Av. João de Deus, 115, Boa Vista, Curitiba - PR, CEP: 80030-902
 CNPJ: 00.335.832/0001-00 | Insc. Est.: 00298245 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 GEYSE VICENTE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA TAMANQUE 215 CS- B

CNPJ: 118.386.864-75 INSC EST: 00298245

NOVA DESCOBERTA RECIFE
 RECIFE PE
 5084-020

CLASSIFICAÇÃO
 R1 - RESIDENCIAL
 BARRA RENDA COMMS
 Mensal

CONTROLE DE FATURA

NUMERO DE FATURA	08/2020
DATA DE EMISSÃO	08/09/2020
DATA DE VENCIMENTO	29/09/2020
VALOR DA FATURA	133,28

NUMERO DE FATURA	08/2020	DATA DE EMISSÃO	08/09/2020
DATA DE VENCIMENTO	29/09/2020	VALOR DA FATURA	133,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VL. UN. (R\$)
Consumo TUSO até 30 kWh	30,0000000	0,14609356	4,37
Consumo TUSO superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,25947558	17,91
Consumo TUSO superior a 100 até 220 kWh	40,1100000	0,39199948	14,00
Consumo TE até 35 kWh	30,0000000	0,12715094	3,81
Consumo TE superior a 30 até 130 kWh	70,0000000	0,24987197	17,49
Consumo TE superior a 100 até 220 kWh	40,1100000	0,22924451	19,07
Contrib. Item Pública Municipal			15,00
ICMS Substituição - CDE-PR 113468181-2200773			0,00
ICMS Substituição - Renda			7,40

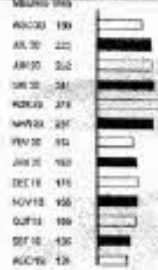
TOTAL DA FATURA

133,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DE TENDÊNCIA	DATA	LETTERA	BACK	ADJZ.	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	LETTERA	CONSUMO (KWh)
08/2020	OUT	08/09/2020	A	0,00	0,000000	08/2020	1,0000	OUT	1,0000

ANÁLISE DE CONSUMO



TENDÊNCIAS DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	%	VALOR DO PERÍODO
AGO 20	100,00	25,00	10,00
SET 20	120,00	30,00	12,00
OCT 20	110,00	27,50	11,00
NOV 20	130,00	32,50	13,00

COMPOSIÇÃO DE CONSUMO

TIPO DE CONSUMO	CONSUMO (KWh)	VALOR (R\$)
Consumo TUSO até 30 kWh	30,00	4,37
Consumo TUSO superior a 30 até 100 kWh	70,00	17,91
Consumo TUSO superior a 100 até 220 kWh	40,11	14,00
Consumo TE até 35 kWh	30,00	3,81
Consumo TE superior a 30 até 130 kWh	70,00	17,49
Consumo TE superior a 100 até 220 kWh	40,11	19,07
Contrib. Item Pública Municipal		15,00
ICMS Substituição - CDE-PR 113468181-2200773		0,00
ICMS Substituição - Renda		7,40

ATENÇÃO: O CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA É DE RESPONSABILIDADE DO CLIENTE. O CLIENTE DEVE VERIFICAR SE O CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA É DE RESPONSABILIDADE DO CLIENTE. O CLIENTE DEVE VERIFICAR SE O CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA É DE RESPONSABILIDADE DO CLIENTE.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSU CONTAS EM ABERTO

NUMERO DE FATURA	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA	STATUS
08/2020	08/09/2020	133,28	EM ABERTO
07/2020	07/09/2020	120,00	EM ABERTO
06/2020	06/09/2020	110,00	EM ABERTO

TIPO DE CONSUMO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO	133,28	133,28	133,28	133,28
ICMS	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMS	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMS	0,00	0,00	0,00	0,00

CARTA DE DÉBITO: 08/2020 DATA DE VENCIMENTO: 08/09/2020 TOTAL A PAGAR (R\$): 133,28

8380000001-7 33280011007-0 02985859910-2 14725237283-5



ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20

ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20



ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20

ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20

ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20

RECIBE PE MA
WALMIR HONORIO DA SILVA
RUBRAJARA 16
TABAJARA
53360-530 OLINDA PE



ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20



ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20

ASL-0291193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:20





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURO. 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 Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu VALMIR HONORATO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.298.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE ANDERSON F. DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 082.305.594 / 90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA Z da vítima JOSE ANDERSON F. DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 082.305.594 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA UBIRAJARA</u>	Número: <u>16</u>	Complemento: <u>CS.</u>
Bairro: <u>TABAJARA</u> Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53.530-360</u>
E-mail: _____	Tel.(DDD): <u>(81) 9.8287-3559</u>	

Local e Data: RECIFE 28 de Agosto 2020.

Assinatura do Declarante


DLDR.L001 V001/2017



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-04-23 18:23:12

Nome Paciente:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente:	498663
Data de Nascimento:	05/02/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	OR0013
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1420460 
SAME:	

Período: 2020-04-23 18:23:12 - 2020-04-23 18:29:52

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE COM RELATO DE DOR, EDEMA E CORTO CONTUSO EM MID APOS QUEDA DE MOTO.
Observação:	HAS: - DM: - ALERGIA: -
Fluxograma sintoma:	ACIDENTE DE TRANSPORTE
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: EVANDRA BATISTA SILVA PINHEIRO - COREN: 440584 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-07-29 07:48:16





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-984635820

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

realizado limpeza + debridamento + sutura + curativo
paciente se nega a tratamento cirurgico, oriento sobre os riscos de desvio.

Marcelo Correia

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a 5m Nascimento: 05/02/1987

Sexo: MASCULINO Contatos: 81-984635820

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020
Prontuário: 00498663
Nº Atendimento: 01420460
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

em tempo, após avaliar ferimento do tornozelo com manesesia se trata de ferimento superficial sem invasão do compartimento articular

EXAME FÍSICO:

edema em tnz + ferimento superficial em tnz

DIAGNÓSTICO:

fratura de maleolo lateral
ferimento em joelho direito
ferimento superficial em tnz

Cordeiro





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a Sm
Nascimento: 05/02/1987

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-984635820

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

RELAT ODE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM COTOVELO E MÃO ESQ + DOR EM JOELHO/PE/TNZ DIREITO. NEGA TRAUMA NA CABEÇA, DESMAIO, VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA DOR CERVICAL, DOR TORACICA E DOR ABDOMINAL

EXAME FÍSICO:

A VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR
B FR 16
C FC 80
D ECG 15
E EDEMA + FERIMENTO EM TNZ D + FERIMENTO EM JOELHO D
MSE SEM CREPITAÇÃO, SEM LIMITAÇÃO DA ADM, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADE

DIAGNÓSTICO:

FRATURA EXPOSTA DO TNZ D
FERIMENTO EM JOELHO EM JOELHO D

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contato:
MASCULINO / 81-984635820

Idade: Nascimento:
33a 5m 05/02/1987

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

MSE:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

REALIZADO LIMPEZA + DEBRIDAMENTO + SUTURA EM JOELHO D
CURATIVO ESTERIL EM TNZ D
TRANSFERENCIA

Marcelo

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-984635820

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020
Prontuário: 00498663
Nº Atendimento: 01420460
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura de malleolo lateral

CID PRINCIPAL: S826

CONDUTA:

realizado limpeza + debridamento + sutura + curativo
TRANSFERENCIA

Handwritten signature

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Masculino
Contatos: / 81-964635820

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020
Prontuário: 00498663
Nº Atendimento: 01420460
Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 23 DE ABRIL DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 5927549

QP:

Paciente COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE EMOTO COM DOR E DEMA EM TNZ DIREITO.

EVOLUÇÃO:

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50960580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 499663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Contatos: 81-984635820

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANJUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020
Prontuário: 00498563
Nº Atendimento: 01420460
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Analgesia
2. Rx do joelho, perna e tornozelo direitos + cotovelo esquerdo (Resultado das radiografias indisponíveis até as 18h55)

Filipe Mesquita
Ortopedista / Cirurgião da Mão
CRM-PE 2-200 / TEOT 15624
FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984635820

Idade: 33a 5m Nascimento: 05/02/1987

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema no joelho direito, tornozelo direito, cotovelo esquerdo + ferimento no joelho direito após acidente motociclístico hoje.

EXAME FÍSICO:

EGB, eupneico, orientado
Ferimento anterior do joelho direito
Sem deformidades
Bloqueio sigico da flexoextensão do joelho direito

DIAGNÓSTICO:

1. Ferimento no joelho direito

Filipe Mesquita
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PE 21360 / TEOT 15624

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR		2 - CID		3 - CID	
HOSPITAL OLAVO LOPES NETUNO		432		432	
Identificação do Paciente					
4 - NOME DO PACIENTE		5 - Nº DO REGISTRO		6 - DATA DE NASCIMENTO	
JOSE ALBERTO FERREIRA DA SILVA		102234		10/06/1965	
7 - SEXO		8 - NOME DO PAI DO PACIENTE		9 - NÚMERO DE CARTÃO	
MASCULINO		JOSE FERREIRA FERREIRA		41.3559902	
10 - NOME DO OPERADOR		11 - NOME DO CONSULTOR		12 - CIDABR - SI	
DR. CARLOS DE MOURA		DR. ALBERTO DE OLIVEIRA			
13 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, CEP, CIDADE, ESTADO) - CIDADE - ESTADO - CEP - UF					
RUA PONTALVA, Nº 218 - JARDIM NOVA DESEMBRAGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE					
14 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR					
RUA PONTALVA, Nº 218 - JARDIM NOVA DESEMBRAGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE					

15 - INDICAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

16 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

17 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

18 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

19 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

20 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

21 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

22 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

23 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

24 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

25 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

26 - MARCAR SE O PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, SE NÃO, MARCAR "NÃO".

CANCELADO
 [Assinatura]



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 456663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
 Idade: 35a 2m Nascimento: 05/02/1987
 Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984635820
 Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
 Endereço: RUA TANANQUIA, 215 - NOVA
 DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
 52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020
 Prontuário: 00498063
 RP Atendimento: 01420588
 Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO
 HD FRATURA DE TORNOZELO, em: 24/04/20 21:58

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

INTERNAMENTO
 ANALGESIA
 ENCAMINHAMENTO VIA CENTRAL DE LEITOS, em: 24/04/20 21:58

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: RP 22186
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

[Handwritten signature]
 Airton Cesar Filho
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 CRM: RP 22186

REGISTRADO
[Handwritten signature]





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 18663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Masculino
CPF: 81-981635820

Idade: 33a 2m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Endereço: RUA TAMANUQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020
Prontuário: 00498663
Nº Atendimento: 01420585
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22156

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 24 DE ABRIL DE 2020 TIPO: TRANSFERÊNCIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA HOF SERIADA: 892667

OP:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO NA B1 DIA SENDO ENCAMINHADO PARA O HOF

ACTU ONTEM DA UNIDADE,
-EVOLUÇÃO NO DIA DECORRENTE DE DOR

EVOLUÇÃO:

MIS IMOBILIZADO COM TALA BOYA
EXTREMIDADES PERIFÉRICAS

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22156
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





PAVILHÃO
JOSE RODRIGUES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME : JOSE ANDERSON FARIAS

REGISTRO: 10232884

IDADE:

ADMISSÃO: 25042020

DI	MEDICAMENTO	26.04							
1.	DIETA LIVRE								
2.	DIPIRONA 2G + AD EV 6/6 HS								
3.	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 150ML EV LENTO DE 8/8 HS S/N								
4.	PLASIL 1AMP +AD EV 8/8HS S/N								
5.	OMEPRAZOL 40MG + AD EV PELA MANHÃ								
6.	ATENSINA 0, 100MG SE PAD>110 E/OU PAS>160MMHG								
7.	TRANSFERIR PARA ELETIVA								
8.	SSVV + CCG6 + CURATIVO								

Dr. Ricardo Bruno Furtado
CRM - 17.854-3





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
 Idade: 33 Anos 2 Meses 20 Dias
 Nasc.: 05/02/1987
 Sexo: MASCULINO
 CNS: 702609218953945
 Contatos: 81. 83386629 | Celular: 81.
 Mãe: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS
 Endereço: RUA TAMANIGUA, N.º 215 - BAIRRO: NOVA DESCOBERTA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Dados do Atendimento:
 Data/Hora Atend.: 25/04/2020 08:38
 Prontuário: 1023284
 Nº. Atendimento: 3448931
 Serviço: CIRURGIA
 Enfermaria/Leito:
 Médico: EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR

Admissão

Queixa Principal

dor em tornozelo direito

História Clínica

Acidente de moto há 48h

Exame Físico

dor e edema em topografia do maléolo lateral
 ferimento suturado em região posterior do tornozelo, topografia do calcâneo

Observações

x: fratura de maléolo lateral

Conduta

internamento para tratamento cirúrgico

Dr. Edson Souza Jr.
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião de Joelho
 CRM 17.475 - TET 12.721

EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.17475

/Hora: 25/04/2020 - 11:29

26/04/2020

sem infecções.
 FCB, líquidos, corado
 SNU - NDU
 CS, Aquada Limpa

[Handwritten signature]

Dr. Ricardo Bruno Fittipaldi
 CRM - 17.854-3




HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25/04/2020 08:38

Nome Paciente:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente:	1023284
Data de Nascimento:	05/02/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	EA0011
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3448931 
SAME:	1023284

Período: 25/04/2020 08:50 - 25/04/2020 08:52

MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: ENC AO ORTOPEDISTA COM TRAUMA EM MID, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. IMOBILIZADO
NEGA HAS E DM.
JOELHO DIREITO COM SUTURA
REFERE TEMPERATURA ONTEM.

Observação: TEMP=36.4

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

CADASTRADO
SILVEIRA NETTO

Acolhido(a) por: MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/04/2020 08:52

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3448931 **Prontuário:** 1023284
Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA **Nome Social:**
Data Nasc.: 05/02/1987 **Idade:** 33 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** 702609218953945
Endereço: RUA TAMANIGUA **Nº:** 215
Bairro: NOVA DESCOBERTA **Cidade:** RECIFE **Estado:** PE
CEP: 52081420 **Fone:** 558183386629 **Celular:**
Acompanhante: **Profissão:**
Nome da Mãe: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nome do Conjuge:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Notícia
 USSAT
 Kusi
 02-05-20

2 - ATENDIMENTO **Data:** 25/04/2020 08:38 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

P.B.

Exame Físico: **PA:** _____ **FC:** _____ **FR:** _____

Diag. Provisório:

Prescrição: **Dieta:** _____ **Horário:** _____

Data	Prescrição	Horário
25/04/2020	# Euforagem: Paciente admitido no corredor sul segue evoluindo em EGR, sem queixas no momento de procedimento cirúrgico nos cuidados da ortopedia. Tatuagem COREN- 378936.	


CADASTRADO



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-04-24 21:04:28

Nome Paciente:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente:	498663
Data de Nascimento:	05/02/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	OR0017
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1420588 
SAME:	

Período: 2020-04-24 21:04:28 - 2020-04-24 21:50:40

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: REFERE DOR EM MMII APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: HAS NEGA
DM NEGA
ALERGIA NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - CAPNOGRAFIA: 100.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 145.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 82.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 37.70 C°

Acolhido(a) por: MELLINA AUREA FREIRE PEREIRA - COREN: 590020 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-07-29 07:51:40





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987
Contatos: / 81-984635820
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Endereço: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020
Prontuário: 00488663
Nº Atendimento: 01420588
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO
HD FRATURA DE TORNOZELO, em: 24/04/20 21:58

CID PRINCIPAL:
CONDUTA:

INTERNAMENTO
ANALGESIA
ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS, em: 24/04/20 21:58

Oliver
LUIZ CAVALCANTE
MÉDICO

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-984635820

Idade: Nascimento:
33a 5m 05/02/1987

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420588

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

Conduta:

INTERNAMENTO
ANALGESIA
ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS

Airton Cesar Filho

AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/08/2020 10:07

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702609218953945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANIQUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2811606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 08230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: / 988354910
G. Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 05/05/2020 - 10:01

AVALIAÇÃO (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 26/04/2020
DATA DA ALTA: 30/04/2020

HD: FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone:(81) 3635-2013
Av. Cláudio Campello, 516 - 10-PR



Materials Prosmed

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 06 UNIDADES

Hospital Memorial Amílcar Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Dr. Cleto Campeto, CRM-44200-01



Atendimento: 342720 Entrada: 28/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702606218963945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANQUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: / 988354910
G. Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 29/04/2020 - 11:23

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux I: SILVIO JOHNSON

Anestesiista: ELIVELTON

Instrumentador: IZABELA

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE TORNOZELO - MALÉOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TORNOZELO
 2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO
- CIRURGIA MUULTIPLA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIR
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MID
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HEMOSTASIA
IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO
REDUÇÃO DE FRATURA MALEOLO LATERAL, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, FIXAÇÃO MEDIANTE 01 (UM)
PARAFUSO DE COMPRESSÃO, 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR, 3,5MM, DE NEUTRALIZAÇÃO COM 6
FUROS, 2+2 PARAFUSOS CORTICAIS E VERIFICAÇÃO DE LESÃO LIGAMENTO TIBIOFIBULAR
ANTERIOR (TESTE DE COTTON POSITIVO)+TOILETE, RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR, REDUÇÃO DA PINÇA
MALEOLAR E COLOCAÇÃO DE PARAFUSO SUPRASINDESMAL TRICORTICAL
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO
CONTINUA DO CARROTE: TALA BOTA

Hospital Memorial Armindo Moura
S.A.M.E.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/08/2020 10:09

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702609218953945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANIQUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 08230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: / 988354910
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 26/04/2020 15:07

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DO TORNOZELO DIREITO
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	23/04/2020
TIPO DE TRAUMA:	REFERE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	EDEMA (++/4+) + ESCORIAÇÕES + FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO E REGIÃO DE CALCANEIO DIREITOS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR. EDSON
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> SES <input type="checkbox"/> DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RNM / TAC <input checked="" type="checkbox"/> RADIOGRAFIAS	
CONDUTA NO INTERNAMENTO	
RX: <input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> JOELHO <input type="checkbox"/> PERNA <input checked="" type="checkbox"/> TORNOZELO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO <input type="checkbox"/> COTOVELO <input type="checkbox"/> PUNHO	
TALA: <input type="checkbox"/> COXOPODÁLICA <input checked="" type="checkbox"/> BOTA <input type="checkbox"/> AXILOPALMAR	
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO; <input type="checkbox"/> PARECER CARDIOLÓGICO <input type="checkbox"/> PROFILAXIA TVP/TEP	

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3595-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - São Lourenço - PE





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

ORIENTAÇÃO DE ALTA

Alimentos que fazem BEM

- Peixe
- Frango (sem pele)
- Carne vermelha (sem gordura)
- Ovo
- Leite
- Frutas (acerola, laranja, abacaxi, maracujá, limão, goiaba)
- Legumes e verduras (alface, brócolis, couve, espinafre, tomate, cenoura, beterraba, berinjela).

Alimentos que fazem MAL (EVITAR durante 30 dias)

- Camarão
- Carne de porco
- Soja
- Pimenta
- Alimentos industrializados (salgadinhos, sorvete, biscoitos, refrigerantes, molhos prontos)
- Alimentos embutidos (linguiça, mortadela, paio, salame, salsicha, bacon)
- Bebida Alcoólica.

NÃO


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico Geral
CRM 15402

Av. Cleto Campelo, S/N - Alto da Maternidade 54000-000 - Moreno - PE. Fone: + 55 81 3535-2013





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (1629301)

Admissão: 342720

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S826>>FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 26/04/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/04/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO+RECONST.LIGAMENTAR

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 RETORNAR DIA 13/5/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/04/2020 as 11:30

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

Página 1 de 1





ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58



JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
 3370400097 PE PE
 088.305.594-90 05/02/1987
 JOSE AURELIO DA SILVA
 JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS
 05947038057 01/10/2014 24/07/2019
 1983700497
 12/12/2019
 PERNAMBUCO



TIPO DE IMPOSTO: 50 - CAUSADO POR VEÍCULO
 DE 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 19ª, 20ª, 21ª, 22ª, 23ª, 24ª, 25ª, 26ª, 27ª, 28ª, 29ª, 30ª, 31ª, 32ª, 33ª, 34ª, 35ª, 36ª, 37ª, 38ª, 39ª, 40ª, 41ª, 42ª, 43ª, 44ª, 45ª, 46ª, 47ª, 48ª, 49ª, 50ª, 51ª, 52ª, 53ª, 54ª, 55ª, 56ª, 57ª, 58ª, 59ª, 60ª, 61ª, 62ª, 63ª, 64ª, 65ª, 66ª, 67ª, 68ª, 69ª, 70ª, 71ª, 72ª, 73ª, 74ª, 75ª, 76ª, 77ª, 78ª, 79ª, 80ª, 81ª, 82ª, 83ª, 84ª, 85ª, 86ª, 87ª, 88ª, 89ª, 90ª, 91ª, 92ª, 93ª, 94ª, 95ª, 96ª, 97ª, 98ª, 99ª, 100ª

579715070 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
 Nº 215
 52030-002
 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2020
 DATA EMISSÃO: 03/01/20
 PLACA: RPT7003
 CFT/DMU: 445 24 55
 MARCA/MODELO: BORDA/125 FAN FS
 ANO FAB: 2012
 ANO MOD: 2012
 COR PREDOMINANTE: PRETA
 CATEGORIA: PARTIC
 YENC. GOTA UNICA: 1* YENC. GOTAS: 1*

PRÊMIO TARIFARIO
 DEPARTAMENTO: 4 05
 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0.41
 TOTAL DO PREMIO (R\$): 0.05
 DATA DE VENCIMENTO: 05/01/20

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

Nº 215
 52030-002
 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2020
 DATA EMISSÃO: 03/01/20
 PLACA: RPT7003
 CFT/DMU: 445 24 55
 MARCA/MODELO: BORDA/125 FAN FS
 ANO FAB: 2012
 ANO MOD: 2012
 COR PREDOMINANTE: PRETA
 CATEGORIA: PARTIC
 YENC. GOTA UNICA: 1* YENC. GOTAS: 1*

PRÊMIO TARIFARIO
 DEPARTAMENTO: 4 05
 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0.41
 TOTAL DO PREMIO (R\$): 0.05
 DATA DE VENCIMENTO: 05/01/20

SEGURODORA LÍDER - DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200310279

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Data do acidente: 23/04/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/TORNOZELO - CONSERVADOR/JOELHO). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: P3/4/14/18/20_CIRURGIA 22/

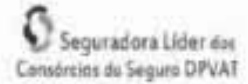
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243715/20
Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
CPF: 082.305.594-90
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/04/2020
Titular do CPF: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA : 082,305,594-90

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: 28/08/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

VALMIR HONORIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA.	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: AMASIADO
Profissão:	—	
Identidade:	537040097 MT-PE	CPF: 082.305.594-90.
Endereço:	R-TAMANQUA, 215, CC-B; N. DESCOBERTA - RECIFE - PE	

OUTORGADO:

Nome:	VALMIR HONORIO DA SILVA.	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: CASADO.
Profissão:	—	
Identidade:	2948.595-505-PE	CPF: 624.228.354-00.
Endereço:	R-UBIRAJARA, 16, C. TABAJARA - OLINDA - PE.	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

RECIFE 18 de Agosto 2020.
LOCAL E DATA:

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





Número: **0059220-91.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70253 553	28/10/2020 16:39	ANEXO 2	Outros (Documento)

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:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Tea Paulovon Figueira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 11/02/2017 CPF DA VITIMA 082.305.594-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO CC
 A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Tommasiniqui
 Nº 245 COMPLEMENTO _____ BARRIO Alfama Brasileira
 CIDADE Recife UF Pe CEP 52.090-020
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9 8446-1072
98523-6925



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU 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 SORRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA COMPANHADAS 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 / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- MAQUE EM PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:
- () 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)
 - () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - () 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 ALTA DEFINITIVA
 - () TÍTULIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM 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

- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.394/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E 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.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 023 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 21/04/17
 IDENTIDADE Daniel
 ASSINATURA Daniel

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 21/04/17
 NOME Daniela
 ASSINATURA Daniela





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

PRONTUÁRIO: 318298

No. Atendimento: 987975 CLINICA GERAL

Colaborador: CLEIDESILVA

Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MEDICO

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: 1 Hs

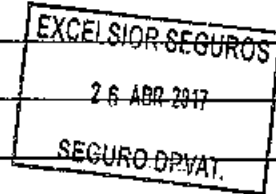
Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA: Paciente com história recente de queda do rosto (há aproximadamente 30 min), apresentando edematoses em membros superiores e inferiores, além de ferimento em cara esquerda. Apresenta sinais

EXAME FÍSICO: elevando-se um pouco próximo a cabeça esquerda. Paciente está mais deambulando e no momento não demonstra sintomas de desidratação ou febre.

DIAGNÓSTICO: Fratura de braço E



CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO C: Loxapina 1 compressa

Tratar com analgésico e anti-inflamatório. Solicito Rx

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 6:30 Vals E e pé E (AP fracture em pé (LDE e perfil)

Paciente recebeu a dose medicamentosa e a fratura do pé estabilizada. 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 e anti-inflamatório. Solicito Rx. Aguarda melhora.
José Otávio de Andrade Médico CRM 22507

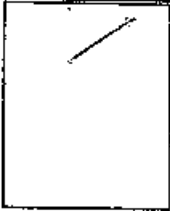
Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

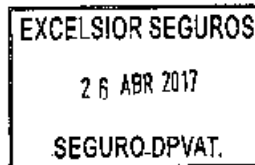
Data e hora retirada da senha: 11/02/2017 03:37

	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:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	<input type="text" value="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:	CLINICA GERAL



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

Data Impressão: 11/02/2017 03:42

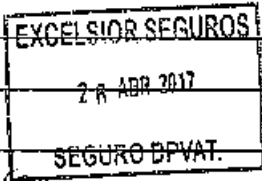


Data do Atendimento: 11/02/2017 Hora: 07:26:37 PRONTUÁRIO: Colaborador: MELOU
No. Atendimento: 987994 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

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
País 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: Paciente com trauma (mto x carro) de 3h no domínio / direita. Refere dor no antebraço E / joelho E (+) p/ E.

EXAME FÍSICO: Dor + movimento antebraço E / p/ E joelho E



DIAGNÓSTICO: Ent. sup. 2° / 5° D E Ent. sup. abn parcial

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO - Dieta VO zero g - 55g - Capletom 20 + AD 1x - 1x joelho E / braço - Continuar

Rx - pt. abn parcial E

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: - Rx joelho E / braço - s / antebraço - Talco olho - palma E

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias
(X) Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: HOF recife 5202542
*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura

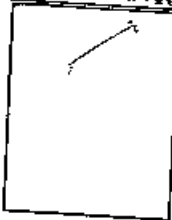


24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Nome 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

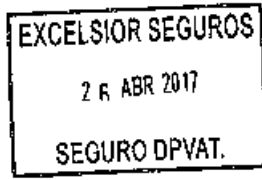
Fluxograma sintoma:

ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es):

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

Especialidade:



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 Inapêntil
Maria Lucinda
Associação Manoel da 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 5302001

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Jaqueline Idade: 52
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: () Per 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 altura
Queda de altura
Hipótese Diagnóstica: Fratura de fêmur

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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



Protocolo de Encaminhamento

ACF

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5102392
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Dr. Anderson Idade: 30 A
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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: Acidente de trânsito em via pública
queda de moto
trauma
Hipótese Diagnóstica: fratura de braço

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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 Estímulo 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 Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Deficit 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

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

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibióticoterapia: 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

Intubação e sonda

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

Paulista 22/10/20
Local e data

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico Assistente

EXCELSIOR SECISOR
EXCELSIOR SECISOR
EXCELSIOR SECISOR
2 9 2



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

MARCIA GUETA U1
ANALISE DE URINA
H. CACI DU...
21317
Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

Data: / / _____ Médico-CRM

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.





SES/PUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

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

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado JOÃO ADRIANO FARIAS
MILLA

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico S521

d) Tratamento com

Deverá retornar ao Ambulatório de: Ortop

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

HOSPITAL LOCALIDADE/DATA
21/03/17

Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

Ass. do Médico - CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 8º DO RGPS, APROVADO PELO DECRETÓ N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO
130-BGOF

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.



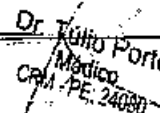


SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

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

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA		
Registro: 1623284	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	
 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. Fábio Porto
Médico
CRM - PE 24080

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO:

VISTO - ENEPIA 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 N° DO PRONTUÁRIO: 1023284

NOME DA MÃE: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

ENDEREÇO (AV./RUA): _____

N°: _____ BLOCO: _____ APT°: _____ 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 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

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 N° DO PRONTUÁRIO: 1023284

NOME DA MÃE: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

ENDEREÇO (AV./RUA):

N°: BLOCO: APT° 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 PELA ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.





Identificação: Jose Anderson Idade: _____ DH: _____ Data: 11
 Enfermaria/Leito: 102 Tipo de fratura: proximal Antebraço E
 Mecanismo: _____ Classificação: _____ data trauma: 11

Medicação - Data: 06/03/17
 Em uso de: () Cipro 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
 SPA - () Dor em repouso () Dor a movimentação
 Alterações: sem IP

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

Pré-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: _____

Outros: of so
 () Solicito exames pré-operatórios

Dr. Paulo Porto
 Médico
 CRM - 158.183

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- 09 50

Dr. Julio Porto
Médico
CRM: 24033

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- 09 50 hof

Dr. Julio Porto
Médico
CRM: 24033

EXCELSIOR SEGUROS
28 ABR 2017
SEGURO DPVAT.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

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
NRBC	0.00 [10 ³ /uL]	0.0 [%]

RBC

WNR

PLT

WDF

SERIE BRANCA		REFERENCIA
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

3.90^h
35%
1.03

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

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 Tejiplo CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500
Equipamento: CMD 800i

Paciente: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA ID amostr: DIU074
ID paciente: 1023284 Tipo de amostra: Soro
Data nascimento: Cód barra:
Idade: Data da coleta: 03/03/2017
Sexo: Masc Hora da coleta:
Médico: Depart.: TRAUMA 2
Diagn.: 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. ...
556

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.





SAEP- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO

DATA: 08/03/17 SETOR: Bloco 10009

TRANS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM

PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATORIAMENTE- PELO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
Resolução COFEN - 272/2002 - Revogada pela Resolução COFEN N° 398/2009

Nome: José Anderson Farias da Silva RG: 1023284 Atend: 621899
CIRCULANTE: Anderson

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

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

ANESTESIA: Pós-tórax
Identificado paciente certo (prontuário/pulseira/paciente) SIM NÃO
Identificado paciente previsto SIM NÃO
Identificado condições da pele INTEGRAL LESÕES
Identificado de lateralidade / Sítio cirúrgico NÃO SIM DIREITO ESQUERDO
Identificado jejum adequado NÃO SIM Quantas horas: 12:00
Identificado ausência de Prótese/Roupa íntima/Adorno NÃO SIM

ESTESIA: de Valheito
Identificado Peridural Raquí
Identificado Sedação Bloqueio Outras:

URGIA REALIZADA: fix. de corado (C) CIRURGIÃO: Antônio + Claudio

Identificação cirurgia proposta: Limpa Contaminada Infactada Potencialmente Contaminada

Identificação posição cirúrgica: Decúbito Dorsal Decúbito Ventral Fowler Proclive Lateral D Lateral E
 Flexão joelhos Litotomia Trendelenburg Outras:

IDENTIFICAÇÃO DA PELE DO PACIENTE
Identificação solução: Clorex aq. 0,2% Clorex alc. 0,5% Clorex deg. 2% ou 4% PVPI dagermanta
Identificação lavagem da Área: NÃO SIM COM: Clorex 2%

Identificação aquecimento: Manta Térmica Coxins Outros:

Identificação exames anatomo-patológicos: SIM NÃO Biópsia: SIM NÃO Cultura: SIM NÃO
Identificação identificação da peça anatômica: Identificada por: Conservada com:

USUÁRIOS E 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

Baixo de trauma
Síntese de puna (16 peças)
→ No início + Fátima
ex. 3,5 Titânio



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEMIOPERATÓRIO

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

POB-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM

PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATORIAMENTE PELO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR

Resolução COFEN - 272/2002 - Revogada pela Resolução COFEN N° 355/2009

Nome: José Anderson Gomes da Silva

RG: 1023554



USUÁRIA IDENTIFICADA COMO: SRPA ENFERMARIA LEITO: ATENDIMENTO:

MODELO 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	37,0	37,45	37,10				
Saturação	97	93	97				
FC	94	90	80				
PA	98%	100%	98%				
Diurese	120/35	120/30	119/27				

AValiação DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

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

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
UNIDADE DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

CNS: 70.1609218953945 Atendimento: 6.
 Paciente: 1022284 YVES ANDERSON FERREIRA DA SILVA
 Clínica: TRAUMATOLOGIA POSTO 1 - Leito: 10-02
 Nasc: 05/02/1987 Idade: 30 Anos 0 Mês Sexo: MASCULINO
 Mãe: JOSENE DE FRANCISCA DE FREITAS
 End: RUA TAMANINGUA Nº: 215
 Bairro: NOVA DESCOBERTIDADE RECFE
 Telefone: 552122385629 Data: 02/03/2017 16

REGISTRO: DATA: 02/03/2017

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA
SING OUT (SAÍDA)

NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
 TUMOR DO OVARIO - CAUTERIZAÇÃO

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 ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA TRANSPORTE E RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.

ASSINATURA
 POSITIVO NEGATIVO NÃO SE APLICA

LEGENDA: POSITIVO NEGATIVO NÃO SE APLICA

ES DA INCISÃO CIRÚRGICA
ME OUT (TEMPO DE PREPARO)

TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE CONHECEM PELO NOME E FUNÇÃO

TODOS CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SITIO CIRURGICO

PROCEDIMENTO
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS - CIRURGIÃO
 ETAPAS CRÍTICAS/INESPERADAS

PERDA SANGÜINEA PREVISTA

HEMOCOMPONENTE PEDIDO

QUALIS? V.2. S.V.

REVISÃO DA ANESTESIOLOGIA
 ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
NÃO

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

INDICADOR (VIROU) APROVADO?

EQUIPAMENTO EM CONFORMIDADE?

EXAMES DE IMAGEM ESTÃO DISPONÍVEIS?

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA REALIZADA?

PACIENTE CONFIRMOU

IDENTIDADE

SITIO CIRURGICO

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?

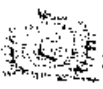
EQUIPAMENTOS/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

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

ACESSO ENDOVENOSO?

EXCELSIOR SEGUROS
 24 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: Seri Anderson Farias de Silva CPF: 082.305.594

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

NOME DO MÉDICO: Túlio Porto CRM: 24082

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Correção Cirúrgica de Fratura de Antebraço

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que serel 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) tratamentos(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 omiti 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.

Recife, 08 de Março de 17

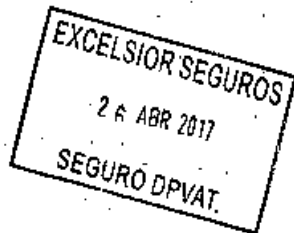
Seri Anderson Farias de Silva
 Assinatura do Paciente ou Responsável

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.

Recife, 08 de Março de 17

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





HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS

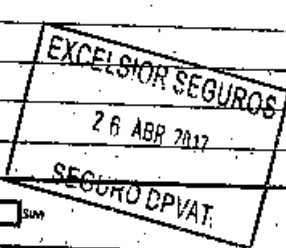
FICHA DE ANESTESIA

TA: 0810377
 ATENDIMENTO: 621893
 REGISTRO: 1023284
 ACDAOGAÇÃO:
 NOME DO ANESTESISTA: Anderson Garcia de Lencastre
 SEXO: M
 ETNIA: BR
 RAÇA: BR
 NOME DO CIRURGIÃO: Cene & Lencastre & Simões
 URGÊNCIA: SIM NÃO

LÍQUIDOS	DROGAS USADAS		QUANTIDADE
	Nome	Concentração	
	Misoprostol	100-11.5	1
	Paracetamol	500	1
	Ultrapol	200	2

TÉCNICA ANESTÉSICA
 Al Pleno e Axiol

ANOTAÇÕES



INSTRUMENTAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> BIS	<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHADO	INTERCORRÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	DESCREVER:
<input checked="" type="checkbox"/> PMI	<input type="checkbox"/> SWAN-GANZ	<input type="checkbox"/> INTUBADO	OBSERVAÇÃO
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> ANALISADOR GASES	DESTINO	
<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input checked="" type="checkbox"/> ORTA	
<input type="checkbox"/> SITO PRE CORDAI	<input type="checkbox"/> FIM JIADOR DE RESVO	<input type="checkbox"/> APART./ETIFER.	
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> UTI	
	<input type="checkbox"/> VOLEMIA ISP PLUS	<input type="checkbox"/> INTENSO	
		<input type="checkbox"/> MECROYER	

ASSINATURA DO ANESTESISTA: *Anderson Garcia de Lencastre*

4 - HGOF



50217

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA Idade: 30 Registro: 10.23.284
 Data: 08/03/19 Posto: _____ Enferm.: _____ Leito: _____ Atendimento: 62899
 Cirurgião: Dr. DILAMAR 1º Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____
 Cirurgia: T.C. de Fratura de Potevelo E Sala: 01
 Tipo de anestesia: Local () Bloqueio (X) Peridural () Raque () Sedação () Geral ()
 Anestesista: Dr. VALBERTO Enf: Chiane Louma
 Instrumentador(a): FATIMA Firma: NO HOSPITALAR Circulante: Ambion
 Hora admissão pact. na SO: 10:25 Hora saída pact. da SO: _____
 Início da Anestesia: 10:30 Término: _____
 Início da Cirurgia: 11:00 Término: 12:15
 Horário de Garroteamento: _____ Inc. 10:41 Term. 12:19
 Destino do Pact. no POI: SRPA (X) Leito de Origem () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica:

Produto	Qt.	Produto	Qt.	Equipamentos:	SIM/NÃO
Gorro		Água Oxigenada		Aparelho Anestesia	(X) ()
Máscara	04	Alcool a 70%	50ml	Aquecedor	() ()
Propés	04	Ácidos Graxos Essenc.		Arco Cirúrgico	() ()
Touca	04	Clorexid. Alcool. 2%	100ml	Aspirador Elétrico	() ()

Materials:

Produto	Qt.	Produto	Qt.	Equipamentos:	SIM/NÃO
Algodão Ortopédico		Clorexid. Alcool. 4%		Bisturi Elétrico	(X) ()
Atadura de Crepe 15x10cm		Pomada		Bomba de Infusão	() ()
Atadura de Gesso		Tintura de Benjoim		Bomba de Seringa	() ()
Borracha (Latex ou Silicone)		Xylestesin Geleia		Capnógrafo	() ()
Cateter Nasal		Xylestesin Spray		Foco Móvel	(X) ()
Compressa Cirurg. 21x21				Garrote Pneumático	() ()
Compressa Cirurg. Coluna				Manta Térmica	() ()
Compressa de Gase 21x21				Microscópio	() ()
Eletrodos	05			Monitor Cardíaco	(X) ()
Esparadrapo				Oxímetro	(X) ()
Esparadrapo Ant.alerg.				Torre de Vídeo	() ()
Lâmina de Bisturi Nº 22	03			Artroscópio	() ()
Lâmina de Bisturi Nº 151	01				() ()
Luva Cirúrgica Nº 7,0					() ()
Luva Cirúrgica Nº 7,5	07				() ()
Luva Cirúrgica Nº 8,0	02				() ()
Luva Cirúrgica Nº 8,5					() ()
Luv. Proced. Estéril					() ()
Luv. Proced. ã Est.	05				() ()
Malha Tubular	01				() ()
Perfusor					() ()

Soros:

Produto	Qt.	Produto	Qt.	Equipamentos:	SIM/NÃO
Água Dest. 500ml					() ()
Manitol 20% 250ml					() ()
Manitol 3% 250ml					() ()
SF 0,9% 500ml					() ()
SF 0,9% 250ml					() ()
SF 0,9% 100ml					() ()
SF 0,9% 1000ml					() ()
SG 5% 500ml					() ()
SG 10% 500ml					() ()
SGF 250ml					() ()
SRL 500ml					() ()

Materials Especiais:

Produto	Qt.	Produto	Qt.	Equipamentos:	SIM/NÃO
Camisa de Vídeo					() ()
Collatamp					() ()
Fita Cardíaca					() ()

Intubação / Ventilação

Produto	Qt.	Produto	Qt.	Equipamentos:	SIM/NÃO
Sonda Endot. Inf. Nº					() ()
Sonda Endot. Inf. Nº					() ()
Sonda Endot. Ad. Nº					() ()
Sonda Endot. Ad. Nº					() ()
Traqueostomia Nº					() ()

Gases Medicinais:

Produto	Qt.	Equipamentos:	SIM/NÃO
Ar Comprimido			() ()
CO ²			() ()
Nitrogênio			() ()
Oxido Nitroso			() ()
Oxigênio			(X) ()

EXCELSIOR SEGUROS
26-ABR-2017





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

NOME: JOSE ANDRÉ BONARIAS DA SILVA

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

CPF: 082.305.594-90 DATA NASCIMENTO: 05/02/1987

RELACIONADO A: JOSE AURELIO DA SILVA
 JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

PERMISSÃO: ACC CAT. HABI: A

Nº REGISTRO: 05547038037 VALIDADE: 17/03/2017 Nº HABILITAÇÃO: 24/07/2012

OBSERVAÇÕES: sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR: JOSE ANDRÉ BONARIAS DA SILVA

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**

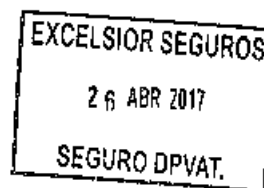
Digito Verificador: **00**

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 9.613/99.

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.



Consórcio Nacional Volkswagen



Comprovante de residencia



GR745A 10 51191/273-02 55 36914 28663 BT. 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

<input type="checkbox"/> MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O N° INDICADO
<input type="checkbox"/> RECUSADO	<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO
<input type="checkbox"/> FALECIDO	<input type="checkbox"/> AUSENTE
<input type="checkbox"/> INFORM. ESCRITA PELO PORTEIRO/SINDICO	

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

GR7.

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO OPVAT.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Anderson Farias da Silva

Portador do RG nº 5370400094 expedido pelo MEPE em 24/07/13

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 **seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro	Rua Tamamingua-
(Rua/Avenida/Praça)	
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



K. JOSE ANDERSON F. DA SILVA

ASSINATURA DO DECLARANTE



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50056-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Neoenenergia
www.celpe.com.br

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 0800 282 5599
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

DADOS DO CLIENTE
VANUZIA VICENTE FERREIRA
CPF: 985.875.414-15

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)
248,31

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
22/03/2017
DATA DA APRESENTAÇÃO
22/03/2017
NÚMERO DA NOTA FISCAL
00265920

CONTA CONTRATO
000039066017
Nº DO CLIENTE
2002723952
Nº DA INSTALAÇÃO
0003140819

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TANANINGUA 215
NOVA DESCOBERTA/RECIFE
52090-020 RECIFE PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico
RESERVADO AO FISCO
6B42.9D04.2030.7003.96C4.3CD6.8B78.0745

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	346,00	0,61046366	211,22
Acréscimo Bandeira AMARELA			6,57
Contribuição Iluminação Pública			19,94
Multa por atraso-NF 002659848 - 20/01/17			3,98
Multa por atraso-NF 002675603 - 22/12/16			3,94
Juros por atraso-NF 002675603 - 22/12/16			1,97
Juros por atraso-NF 002659848 - 20/01/17			0,79
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 034 8889			1,50
Compensação DMIC 01/17			1,60
TOTAL DA FATURA			248,31

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	346,00	MAR 17	346
		FEV 17	338
		JAN 17	322
		DEZ 16	309
		NOV 16	403
		OUT 16	315
		SET 16	319
		AGO 16	368
		JUL 16	279
		JUN 16	274
		MAI 16	306
		ABR 16	362
		MAR 16	363

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	72,12 55,12
Transmissão	2,84 1,13
Distribuição (Celpe)	49,52 21,39
Encargos Setoriais	21,34 8,60
Tributos	50,42 27,74
TOTAL	247,79 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIF		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
217,79	25,00	54,44	0,50	217,79	2,25
				4,90	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000008155077	CAT	19/02/2017	30.330,00	22/03/2017	30.676,00	32	1,0000	0,00	346,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/04/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
Jan 2017					
DIC No de horas sem Energia	MACAIEIRA	6,15	4,86	6,01	10,82
FIC No de vezes sem Energia		2,00	3,17	4,25	12,70
DMC Duração mínima de interrupção contínua		3,52	2,77	0,80	0,00
DIC Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22

EVSD Valor do Encargo de Uso = R\$ 72,64
Tudo Consumidor pode solicitar a supressão dos Indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da fatura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade de fornecimento ou da nível de tensão do fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Rcs. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REM 561/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000039066017	03/2017	248,31	25/04/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

83870000028 483100110000 039066017101 075810957533

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaracao de Inexistencia de IML



Eu, Tere 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 Tamandua, 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:

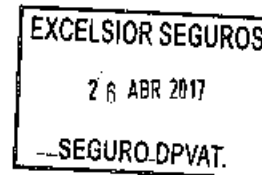
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa)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

Tere 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

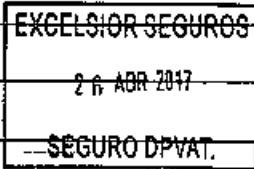
No. Atendimento: 987975 CLINICA GERAL Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MEDICO

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: Paciente com historia recente de queda de peso (há aproximadamente 20 dias), apresentando estrabismo em membros superiores e inferiores, além de formigamento em cara esquerda. Apresenta sinais

EXAME FÍSICO: deformidade na região próxima a cabeça esquerda. Paciente evita movimentos de embriaguez e no momento não demonstra sintomas de melancolia ou febre.

DIAGNÓSTICO: Fratura de braço E



CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO C Limpas + curativos

ABUO... C Trauma com fratura de braço E e pé E (AP) Solicito Rx

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 6:30 Vols E e pé E (AP) Fratura em pé E e braço E (AP) Paciente não recusou a fazer medicação. Iniciar a fazer Rx do braço. Aguardo melhorias.

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias () Transferência para outra Unidade () Obito () Outro:

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

Trauma com fratura de braço E e pé E (AP) Aguardo melhorias. 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



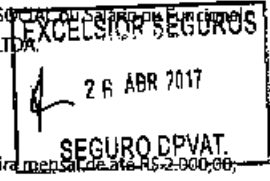
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Anderson Farias da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5340400097 EXPEDIDO POR MT-PE EM 24/07/13 E
 CPF 082305599-90 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Rececionista
 E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (*) 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 Seguro de Funcionários
- 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, ITAU, 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

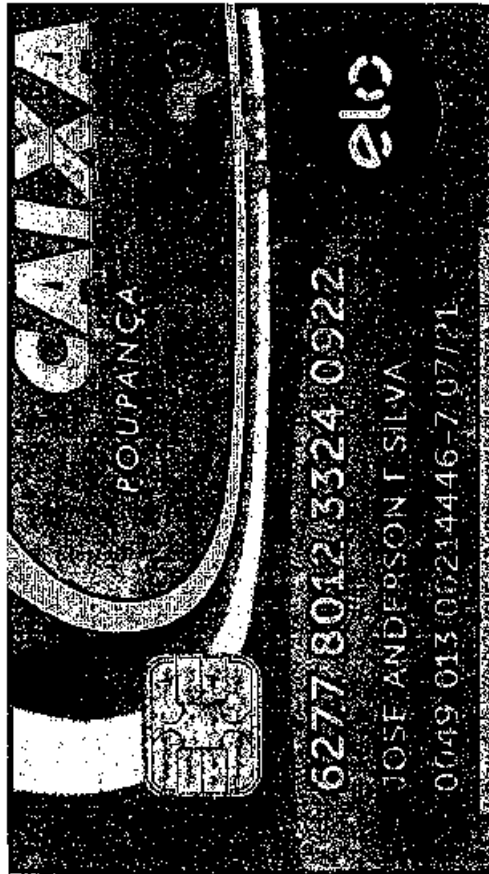
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 11 de Abril de 2017 x Jose Anderson Farias da Silva
 LOCAL E DATA 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 017ª 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, 01 - 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 (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração 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:
02/2/1987 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8270400607/MT/PE
(RG), 05230660400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO
Profissão: PORTEIRO Telefones Celulares:
- 882186620**

Endereço Residencial: **RUA TAMANIQUA, 218 - CEP: 55000-000 - 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)

10/04/2017 16:11



MOTOCICLETA (VEICULO) 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.**

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

Complemento / Observação

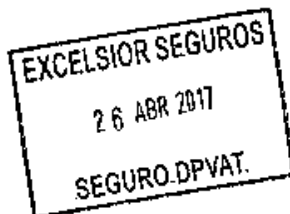
.....
INFORMA A VITIMA QUE QUANDO TRANSITAVA EM SUA MOTOCICLETA NA SUSIDA DO ALTO 13 DE MAIO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM VEICULO E CAIU NO CHAO, SENDO SOCORRIDO PELO SEU CUNHADO DE NOME JOSE CARLOS JUNIOR, O QUAL ENCAMINHOU O CRA VITIMA A UPA DE NOVA ESCOBERTA ONDE FOI REALIZADO O ATENDIMENTO DE NUMERO 987975 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 FARIAS 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



10/04/2017 16:11



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 10997176

A/C: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Sinistro: 3170233607 ASL-0161734/17
Vitima: 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

Pag. 00399/00400 - carta_15R



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

Pag. 00701/00702 - carta_01



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

Pag: 01247/01248 - carta_02



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 1° pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5° 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):
5° pododáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):
1° 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: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcao - 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

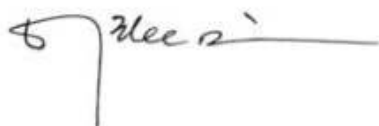
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nome: Jose Anderson Farias da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Porteiro

Identidade: 5370400097- MTPE CPF: 082.305.594-90

Endereço: Rua Tamamingua, 215, Nova Descoberta


PROCURAÇÃO PARTICULAR RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE (DOT S/AR ECON) A FIRMA INDICADA DE JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA a qual confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé, Recife-RN, 4 de abril de 2017. *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior* Escrivão de Cartório, inscrita em 15/07/2011, sob o nº 3.188. TSP-RN nº 79. (Notário em 4,06) Validado somente com o Selo de Segurança AR90A201704.00564 <https://pje.tjpe.jus.br/selofirma> Validado somente com o selo de autenticação

PROCURAÇÃO PARTICULAR RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE (DOT S/AR ECON) A FIRMA INDICADA DE JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA a qual confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé, Recife-RN, 4 de abril de 2017. *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior* Escrivão de Cartório, inscrita em 15/07/2011, sob o nº 3.188. TSP-RN nº 79. (Notário em 4,06) Validado somente com o Selo de Segurança AR90A201704.00564 <https://pje.tjpe.jus.br/selofirma> Validado somente com o 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

EXCELSIOR SEGUROS
26 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

