
Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577666

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PEDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577666

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOAO PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 001

Agência: 000001792-2

Conta: 000010019675-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

038.252.854-99

João Pedro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

João Pedro da Silva

038.252.854-99

Releuon São Roque

Rentro Condado

PE

55900-000

armenoria.goiara@gmail.com

(11) 3626-3771

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

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

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

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

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

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

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1792 2 CONTA: 19675 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo)? ☐ 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 privarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Condado - PE 09.10.19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Prossador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

06R-17

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁTIUM RIBEIRO



POLÍCIA CIVIL



CARTEIRA DE IDENTIDADE

João Pedro da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.513.925 DATA DE EMISSÃO 27/06/2017

NOME << JOÃO PEDRO DA SILVA >>

PERMISÃO << ANTONIO PEDRO DA SILVA >>
<< LUZINETE MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA >>

NATURALIDADE CONDADO - PE DATA DE NASCIMENTO 12/08/1977

DIG. ORDEM << 076604 01 55 1980 1 00004 098 >>
0005009 11 CONDADO-PE >>

CNPJ 038.252.854-99

ASSINATURA DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
LEI Nº 7.118 DE 2008

 **Ourocard**
Fácil

4354 1430 2105 1483

24724

JOÃO PEDRO DA SILVA

1702-2 39187542

VISA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 33ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC
DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0143001044

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/10/2019 às 16:40

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 28/6/2019 na período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CONDADO, 1, RODOVIA ESTADUAL** - Bairro: **CENTRO** -
CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOAO PEDRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO PEDRO DA SILVA**

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

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

JOAO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mte: **LUZINETE MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA** Pai: **ANTONIO PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **12/01/1977** Naturalidade: **CONDADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA MARIA GLORIA BAZANTE, 81 - CEP: 8 - Bairro: LOTEAMENTO SAO ROQUE - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
JOAO PEDRO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PR300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **UNIDADE NÃO INFORMADA**

Placa: **PDX5738** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND1110HR006563**

Ano Fabricação/Modelo: 2017/2017 Combustível: ALCOOLASOL

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

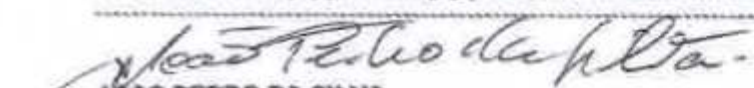
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO-NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

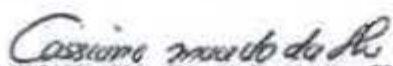
Quantidade: **(UNIDADE NÃO REFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA ORA AGUI EM TELA NOTICIANDO QUE HAVIA SOFRIDO ACIDENTE DE TRANSITO.FATO ESSE OCORRIDO NA PE 42,CENTRO DE CONDADO-PE. SEGUNDO A VITIMA, RELATA QUE SEGUIA EM SUA FAIXA DE TRANSITO QUANDO O MOTORISTA QUE SEGUIA NA DIREÇÃO CONTRÁRIA AVANÇOU A SUA FAIXA PARA REALIZAR UM CONVERSÃO EM LOCAL PROIBIDO.APÓS ESSE FATO, O VEICULO OCUPADO PELA VITIMA FOI LANÇADO PARA O MEIO DA PISTA TENDO VÁRIAS FRATURAS PELO CORPO.LOOO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL NIQUEL ARAES, LOCALIZADO NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE.CONFORME CONSTA OS DOCUMENTOS EM ANEXO.

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


JOAO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  CASSIANO MACEDO DA SILVA - Matrícula: 350748-1

11ª USPC
Circunscrição

Condado

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 038.252.854-99 4 - Nome completo da vítima: João Pedro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 455/2012

5 - Nome completo: João Pedro da Silva 6 - CPF: 038.252.854-99
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua São Roque 9 - Número: 81 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Londrão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000
15 - E-mail: armaria.goiara@gmail.com 16 - Telefone: (81) 3626-3771

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1792 2 CONTA: 19675 4
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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 de 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascença)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Londrão - PE 09.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 484045

Data e Hora: 29/06/2019 14:55

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 127023 JOAO PEDRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/08/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVE --

81

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 14:55

Queixa Principal

paciente vítima de colisão carro x moto 10-4-14h00.
Mora perto de casa. Estava com corcete. Queixa-se
de dor em bacia + pés. Recusa prestes em mmt.
Mora perto de casa. Mora com a mãe.

Exame Físico

AE = VIBS OEDRAS PERVAS. (CORCETE).

B = MLD em pat 7/3. SCS = PRX 27. FE = 16.16.

C = PCRM 24 0.0. MF. FE = 76.16. PO = 90 x 60

D = 62. AS. PULSOS ISOTÓPICOS. ISOTÓPICOS. FORÇA 0/5

E = EDEMA EM REGIÃO PELVICA Pior em tríplice
PULSOS PERIFÉRICOS 0/5

Hipótese Diagnóstico

1 - ~~trauma~~ fratura no. 2 - LESÃO DE BACIA. INTABILIDADE
DE BACIA.

Prescrição Médica

1 - TC de crânio + cervical + torax + abdome com
com contrastes + RCI.

2 - avaliação de oedema.

POB = Pulo
Fiducio, tubalce.

Dr. Daniel Dias
MR Cirurgia Geral
CRM - PE 21524

traz: Daniel Dias

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010019675-6

Nr. da Autenticação E06C5E7EAE714378

ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO 540 RQUE 81CENTRO DE LA UNAM
CONDADO DE
55249-000

DATE RECEIVED	DATE PAID
7013756966	08/2019
20/09/2019	16/10/2019
	55.25

67742881	CRICK	12/06/2018
3985961475	WILSON	09/06/2018
12/06/2018	3016714754	07/07/18

	DEBIT (RM)	CREDIT (RM)	BALANCE (RM)
Compendio Ringkasan			
Ar-Ranir Banting SEPTEMBER	67.0000000	0.7755320	77.61
Perbilan Kasi Pendidikan			5.27
K 199-5, 1999-40-CDE-SP 663784782-15/04/98			4.88
15/04/98 25/05/98 663784782-15/04/98			0.71
25/05/98 25/05/98 663784782-15/04/98			1.05
25/05/98 25/05/98 663784782-15/04/98			0.79

85.39

DECLARATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº CO	TIPO DE	ANTERIOR		ACTUAL		SPIC	CONSUMO	ANTER	CONSUMO (PUN)
RECEPCION	FACTURAS	DAT	LETRERA	DAT	LETRERA	SUB			
3000002	Real	01/01/2016	01/01/16	01/01/2016	01/01/16	01	Real		01/01

Source	Percentage
Oil	45.1%
Coal	32.1%
Natural Gas	16.6%
Renewable	4.2%
Wind	1.1%
Solar	0.1%
Hydro	0.1%
Biomass	0.1%

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and what needs to be changed. It is important to involve all stakeholders in this process.

APPROXIMATE PERCENTAGE OF THE POPULATION				
SEX	WHITE	BLACK	ASIAN	AMERICAN INDIAN
MALE	80	15	3	2
FEMALE	78	18	3	1

Copyright © 2012 John Wiley & Sons, Ltd.

DATA CONTRATO	ASSINATURA	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/12/2018	[Assinatura]	20/09/2019	R\$ 25

838800000000-3 85250011007-0 01375696610-0 14225897683-0





RÉSUMÉ

CENTRO GOIANA
GOIANA PE
5500-000

2431353019	08/2019
20/08/2019	04/09/2019
184,52	

07/20/18	GRCA	20512215
06/04/2018	2051221519	4000011

Conselho Administrativo
 Associação Bandeira ASARELA
 Associação Bandeira VETEREL-AL
 Conselho Am. Pública Municipal
 Club Polvany 84-002-4F 004487651-004487651
 Mesa por assento 4F 004478141-04/02/18
 Mesa por assento 4F 004402141-04/02/18
 Mesa por assento 4F 004402141-04/02/18
 Mesa por assento 4F 004402141-04/02/18

STATION/ZONE	PROG (m)	VALOR (m)
157.000000	0.77548172	134.01
		2.89
		3.41
		28.90
		2.33
		4.18
		1.72
		3.46

TOTAL DA FADIGA

1542

[illegible]

ANO	VALOR DE	%	VALOR DO	VALOR DO
	RECEITA		IMPOSTO	IMPOSTO
2004	120,00	33,33	33,33	33,33
2005	130,00	36,36	36,36	36,36
2006	140,00	39,39	39,39	39,39
2007	150,00	42,42	42,42	42,42
2008	160,00	45,45	45,45	45,45
2009	170,00	48,48	48,48	48,48
2010	180,00	51,52	51,52	51,52
2011	190,00	54,55	54,55	54,55
2012	200,00	57,58	57,58	57,58
2013	210,00	60,61	60,61	60,61
2014	220,00	63,64	63,64	63,64
2015	230,00	66,67	66,67	66,67
2016	240,00	69,70	69,70	69,70
2017	250,00	72,73	72,73	72,73
2018	260,00	75,76	75,76	75,76
2019	270,00	78,79	78,79	78,79
2020	280,00	81,82	81,82	81,82
2021	290,00	84,85	84,85	84,85
2022	300,00	87,88	87,88	87,88
2023	310,00	90,91	90,91	90,91
2024	320,00	93,94	93,94	93,94
2025	330,00	96,97	96,97	96,97
2026	340,00	100,00	100,00	100,00

Il presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi, ha firmato il decreto che istituisce la Giornata della Memoria, il 27 gennaio, anniversario della liberazione di Auschwitz. Il decreto, firmato dal presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi, ha istituito la Giornata della Memoria, il 27 gennaio, anniversario della liberazione di Auschwitz. Il decreto, firmato dal presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi, ha istituito la Giornata della Memoria, il 27 gennaio, anniversario della liberazione di Auschwitz.

ATENÇÃO: A CEL REINFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

Year	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02
...	...	...	...	...	...

As informações aqui contidas são de caráter informativo e não constituem oferta de valores mobiliários. A emissão de valores mobiliários é feita exclusivamente pelo mercado de capitais, através de uma subscrição pública, e não diretamente pelo emissor. A emissão de valores mobiliários é feita exclusivamente pelo mercado de capitais, através de uma subscrição pública, e não diretamente pelo emissor. A emissão de valores mobiliários é feita exclusivamente pelo mercado de capitais, através de uma subscrição pública, e não diretamente pelo emissor.

DATE	DEBIT	CREDIT	BALANCE
1999-01-01			10.00
1999-01-02	1.00		9.00
1999-01-03		1.00	10.00
1999-01-04	1.00		9.00
1999-01-05		1.00	10.00
1999-01-06	1.00		9.00
1999-01-07		1.00	10.00
1999-01-08	1.00		9.00
1999-01-09		1.00	10.00
1999-01-10	1.00		9.00
1999-01-11		1.00	10.00
1999-01-12	1.00		9.00
1999-01-13		1.00	10.00
1999-01-14	1.00		9.00
1999-01-15		1.00	10.00
1999-01-16	1.00		9.00
1999-01-17		1.00	10.00
1999-01-18	1.00		9.00
1999-01-19		1.00	10.00
1999-01-20	1.00		9.00
1999-01-21		1.00	10.00
1999-01-22	1.00		9.00
1999-01-23		1.00	10.00
1999-01-24	1.00		9.00
1999-01-25		1.00	10.00
1999-01-26	1.00		9.00
1999-01-27		1.00	10.00
1999-01-28	1.00		9.00
1999-01-29		1.00	10.00
1999-01-30	1.00		9.00
1999-01-31		1.00	10.00
1999-02-01	1.00		9.00
1999-02-02		1.00	10.00
1999-02-03	1.00		9.00
1999-02-04		1.00	10.00
1999-02-05	1.00		9.00
1999-02-06		1.00	10.00
1999-02-07	1.00		9.00
1999-02-08		1.00	10.00
1999-02-09	1.00		9.00
1999-02-10		1.00	10.00
1999-02-11	1.00		9.00
1999-02-12		1.00	10.00
1999-02-13	1.00		9.00
1999-02-14		1.00	10.00
1999-02-15	1.00		9.00
1999-02-16		1.00	10.00
1999-02-17	1.00		9.00
1999-02-18		1.00	10.00
1999-02-19	1.00		9.00
1999-02-20		1.00	10.00
1999-02-21	1.00		9.00
1999-02-22		1.00	10.00
1999-02-23	1.00		9.00
1999-02-24		1.00	10.00
1999-02-25	1.00		9.00
1999-02-26		1.00	10.00
1999-02-27	1.00		9.00
1999-02-28		1.00	10.00
1999-02-29	1.00		9.00
1999-03-01		1.00	10.00
1999-03-02	1.00		9.00
1999-03-03		1.00	10.00
1999-03-04	1.00		9.00
1999-03-05		1.00	10.00
1999-03-06	1.00		9.00
1999-03-07		1.00	10.00
1999-03-08	1.00		9.00
1999-03-09		1.00	10.00
1999-03-10	1.00		9.00
1999-03-11		1.00	10.00
1999-03-12	1.00		9.00
1999-03-13		1.00	10.00
1999-03-14	1.00		9.00
1999-03-15		1.00	10.00
1999-03-16	1.00		9.00
1999-03-17		1.00	10.00
1999-03-18	1.00		9.00
1999-03-19		1.00	10.00
1999-03-20	1.00		9.00
1999-03-21		1.00	10.00
1999-03-22	1.00		9.00
1999-03-23		1.00	10.00
1999-03-24	1		

[illegible]

DATE OF BIRTH: 20/08/2019 TOTAL & PAYABLE (RM) 164.82



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: 4020-1596 / 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 desta 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=29636>

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 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu

João Guilherme Gonçalves da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 093.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Pedro da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.252.854 / 99

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima João Pedro da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.252.854 / 99 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: Rua Duque de Caxias

Número: 170

Complemento: 10

Bairro: Centro

Cidade: Goiara

Estado: PE

CEP: 55900-000

E-mail: arrazonaria.goiara@gmail.com

Tel. (DDD): (71) 3620-3771

Local e Data: Goiara - PE 09.10.19



Assinatura do Declarante



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 484045

Data e Hora: 29/06/2019 14:55

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 127023 JOAO PEDRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/08/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVE --

81

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 14:55

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO 10-4-14000.
NEGO PEDRO DE CONSEQUENCIA. ESTAVA COM CORCETE. QUEIXA-SE
DE DOR EM BACIA + PES. REOTA PRESTESIA EM MMII.
NEGO PRETEROS. NEGOS LONGOS.

Exame Físico

HE = VIBS OEDRAS PERNAS. COCOR (D).

B = MLD LM DIT 7/5. SCS = ATX 2. FE = 16/16.

C = PCRM 2 + DM. MF. FE = 7/6/16. PO = 90 x 60

D = G2. AS. PULSOS TENDENTES. TENDENTES. FOCOS (D)

E = EDEMA EM PERNAS PELVICO PIRE EM TENDENTES

PULSOS PERIFERICOS (D) SINTOMAS

Hipótese Diagnóstico

1 - ~~trauma~~ fratura no. 2 - LESÃO DE BACIA. INTORCIMENTO
DE BACIA.

Prescrição Médica

1 - TC DE CRANIO + CERVICAL + TORAX + ABDOME COM
COM CONTRASTE + BACIA.

2 - PLANTÃO DO OEDRO DIA.

PS D = PULO
FICADO, TUBOCE

(Ana Luiza B. Viana)
Méd. Cirurgia Geral
CRM - PE 21328

TRA. DANIEL DIAS

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/06/2019 14:26

Nome Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/08/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0027
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/06/2019 14:37 - 29/06/2019 14:41

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PROCEDENTE DA UPA, SENHA 5716314
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA-AUTOMÓVEL HÁ CERCA DE 1H,
EVOLUINDO COM ESFORÇOMICCIONAL E EDEMA TESTICULAR
O HD DE POLITRAUMA E TRAUMA DE URETRA

Observação: SAMU NÃO SABE INFORMAR SE É HAS/DM E ALERGIAS

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- DOR OU INSTABILIDADE DA Pelve

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

**REVISADO
NEPI-HMA**

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/06/2019 14:41

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 57678 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 127023 JOAO PEDRO DA SILVA Atendimento : 484053
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 507 VERMELHO - EXTRA 017 Idade : 41 Anos
Dt. Início : 29/06/2019 16:25 Dt. Fim : 29/06/2019 16:55
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408040203 REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL I
ANEL PÉLVICO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 44 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 18882 JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES
CIRURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
ANESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO + LESÃO DE LISFRAC D + FRATURA DE METATRSOS D
CIRURGIA:REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO EXTERNA
CIRURGIAO: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIO: DR. JOÃO PAULO NOBRE
2º AUXILIO: DR. CAIO CAVALCANTI
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DR. GENÉSIO

DESCRIÇÃO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
- 2) REALIZADO REDUÇÃO FECHADA DE LESÃO DO ANEL PELVICO E APOSICIONADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO, COM AUXILIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 3) OBSERVADO BOA ESTABILIDADE E FIXAÇÃO
- 4) À SR
- 5) RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEYAN E. - 19--
FATURADO

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 25.670

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

João Bosco B. C. Neto

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **484053**

Usuário: HANNESSAKCA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOAO PEDRO DA SILVA**
Idade: 41a 10m 18d Sexo: M Estado Civil: CASADO Prontuário: 127023
Profissão: Data de Nascimento: 12/8/1977
R.G.: 5513925 C.P.F.: Telefone: 995280552 CEP: 55940000
Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVES BASANI, 01 CENTRO - CONDOMÍNIO - PE
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 29/6/2019 16:12
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: 2 AND - UTI 3 - ADUL Acomodação: UTI - ADULTO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA Leito: ENF UTI3 - LEITO 029

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **FATURADO**
Endereço: - Número: **22/107/19**
Cidade: Estado civil: **CLAUDEMIR SOUSA**
PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **10/07/19** Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: **Liberação**
Diagnóstico Principal.....: **Lesão de nível pé direito**
Diagnóstico Secundário01.: **Fr. LIGAMENTO PE(D) REVISADO**
Diagnóstico Secundário02.: **FR. MTT3 PE(D) CIH-HMA**
Procedimento.....: **Red. Curvato + Fix. INTERNA DE NIVEL PULVERO +**
Red. Curvato + Fix. ART. LIGAMENTO + FDS R
3 e 4 = MTT(D)
Dr. Ayrton Farias
Ortopedia / Traumatologia
Médico e CRM 107.199
Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nº: 5050 Pedro da Silva REG: 127023

CA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	#5050T#
06/07/19	HD: Ex ANEL PÉLVICO +
12:30	LISTEANDO DIREITA + EX
	metatarsos a direita
	PO 290619. NOVA FEILHA
	DE ANEL PÉLVICO + EXAGNA
	EXTENSA TUBO ATUADO
	BEG NORMACIONADO EPNHO
	ATEBAIL
	CD: CINAUBIA PROGRAMADA
	PAN A TENDA
	SOLIC. TO - X 1
07/07/19	#5050T#
	HD: A MESMA
	PO: O MESMO
	PES. NORMACIONADO EPNHO
	ATEBAIL SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: CINAUBIA TERÇA
	INICIADO P. A. J. A. N. O
08/07/19	#Cin. Canal #
09:20	Paciente q' chegou pós-traumático
	em bolsa assepsia em fraldas
	REGRESSÃO. Visto por

CD: 1) Sem indic. cirúrgica. e
sem contraindic. no proc.
ortopedico. Indicado.

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 09/07/2019
Hora: 13:25

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 57875
Paciente: 127023
Convênio Atend.: 1
Leito: 84
Dt. Início: 09/07/2019 08:55
Id Pré-Operatório: S923
d Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim: 09/07/2019 12:20
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento: 484053
Carteira:
Idade: 41 Anos

Procedimento

Procedimento: 0408040033
Convênio: 001
Anestesia: 26

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC + FRATURA DE CABEÇA DE MÚLTIPLOS METATARSOS À DIREITA
CIRURGIA: RAFI COM PARAFUSOS + FIOS K
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXÍLIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXÍLIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE 1º/2º RAIOS, SENDO OBSERVADA LESÃO DO LIGAMENTO DE LISFRANC, COM INSTABILIDADE DAS ARTICULAÇÕES DO MÊDIO PÉ;
5. REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA E APOSIÇÃO DOS 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5
VISUALIZADO BOM POSICIONAMENTO DE IMPLANTES E ESTABILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC, COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. INCISÃO LONGITUDINAL DISTAL EM DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE O 3º/4º RAIOS.
8. DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DO 3º E 4º METATARSO
9. REDUÇÃO CRUENTA DAS FRATURAS E FIXADAS COM 02 FIOS K INTRAMEDULARES.
VISUALIZADO FRATURA DA CABEÇA DO 2º METATARSO DIREITO SEM DESVIO, OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DA MESMA.
11. VERIFICADO REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DE IMPLANTES ACEITÁVEIS, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
12. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0
13. CURATIVO ESTÉRIL
14. TALA BOTA
15. RX DE CONTROLE
16. AS SR
- 12.

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.670

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEVAN
FATURADO

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Ficha de Cirurgia Descritiva

Visão de Cirurgia: 57875
Paciente: 127023
Convênio Atend.: 1
Leito: 84
Dt. Início: 09/07/2019 09:55
Pré-Operatório: S328
Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim: 09/07/2019 12:20

Atendimento: 484053
Carteira:
Idade: 41 Anos

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUMNA LOMBOSSACRA E DA PELVE E DE PARTES NAO

Procedimento

Procedimento: 0408040033

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 28

GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

- DIAGNÓSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS EM SÍNFISE PÚBICA +
PARAFUSO CANULADO EM SACROILIACA DIREITA
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXILIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXILIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE
DESCRIÇÃO:
1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
2) RETIRADO FIXADOR EXTERNO DE BACIA E REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPSE COM CLOREXIDINA ALCOOLICA
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4) FEITO ACESSO SUPRAPUBICO - PFANNENSTIEL
DIVULSAO POR PLANOS ATE SIFISE PUBICA, VISUALIZADA ABERTURA DA MESMA
5) DESBRIDAMENTO E ESCARIFICAÇÃO DE DISCO DA SINFISE PÚBICA
7) REDUÇÃO CRUENTA DA SINFISE PUBICA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM 6 FUROS + 06
PARAFUSOS CORICAIS 3,5 MM
8) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCOPIA
9) SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1.0 E NYLON 3.0
FEITA RFFI DA SACRO ILIACA ESQUERDA COM 01 PARAFUSO CANULADO 7 MM COM ARRUELA
10) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCOPIA
12) SUTURA POR PLANOS COM VYVRIL E NYLON + CURATIVO ESTERIL
13) RX CONTROLE

Qt. Solicitada

Sangue e Derivados:

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDIVAN SOUSA
FATURISTA

João Bosco Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670
CENCAR

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: João Arno de Lira REG: 127023
IDADE: 41 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 29/06/19 DATA DA ALTA 10/07/19
DIAGNÓSTICO:

- Lesão do plexo braquial - AD Grau II
- Lesão do plexo braquial - AD Grau III
- Trauma do plexo braquial - AD Grau IV

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: - Lesão do plexo braquial - AD Grau II
- Lesão do plexo braquial - AD Grau III
- Lesão do plexo braquial - AD Grau IV
- Lesão do plexo braquial - AD Grau V

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO + MONITORAR TOCA COM MEDICAMENTOS
 - USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - Analgésicos + Antibióticos.
 - AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA - 02 semanas
 - PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO ☒ NÃO SE APLICA ()
- Assinatura e carimbo do médico com registro profissional

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/19


Dr. Ayrton Fortes
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 23880

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/06/19.	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/06/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Pedro da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Disjunção da simfise púbica. Fratura luxação da tíbia e peroneo.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico de disjunção da simfise púbica com fixador externo e após 14 dias osteossíntese com placa e parafusos. Tratamento cirúrgico de fratura pé e peroneo.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO Fisioterapia contínua.	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Dor, edema e déficit de força no
2ª pé dir. com perda funcional de 85%.
3ª Dor nos quadris e anel púbica
4ª com déficit de força perda funcional
5ª de 85%.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/10/19 A 08/10/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Goiânia PE	DATA 08/10/19
ASSINATURA E CARIMBO	

Dr. [illegible] F. Vieira
Oncologista
CRM-PE 17000
2016



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 484045

Data e Hora: 29/06/2019 14:55

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 127023 JOAO PEDRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/08/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVE --

81

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 14:55

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO COIRO X MOTO 10-4-14000.
NEGO PEDRO DE CONSUENIO. ESTAVA COM CORCETE. QUEIXA-SE
DE DOR EM BACIA + PES. REOTA PRESTESIA EM MMII.
NEGO PRETEROS. NEGOS LONGOS.

Exame Físico

HE = VIBS OÊNDAS PERUAIS. COCOR (D).
B = MLD LM DIT 7/5. SCS = ATX 2. FE = 16/16.
C = PCRM 2 + DM. MF. FE = 7/6/16. PO = 90 x 60
D = G2. AS. PULSOS TENDENTES. TENDENTES. FOSCO (D).
E = EDEMA EM BACIA PELVICA PIR EM TENDENTES
PULSOS PERIFERICOS (D) SINTOMAS
DE SINTOMAS.
1 - ~~CONSUENIO~~ FOU TENDENTE. 2 - LESÃO DE BACIA. INTORILIDADE
DE SINTOMAS.

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

1 - TC DE COIRO + CERVICAL + TÓRAX + ABDOME COM
COM CORCETE + BACIA.
2 - AUSCULTAÇÃO DO ORO PEDRO.

(Ana Luiza B. Viana)
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 21328

TRA. DANIEL DIAS

PD = FUSO
FUSO, TUBO

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/06/2019 14:26

Nome Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/08/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0027
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/06/2019 14:37 - 29/06/2019 14:41

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PROCEDENTE DA UPA, SENHA 5716314
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA-AUTOMÓVEL HÁ CERCA DE 1H,
EVOLUINDO COM ESFORÇOMICCIONAL E EDEMA TESTICULAR
O HD DE POLITRAUMA E TRAUMA DE URETRA

Observação: SAMU NÃO SABE INFORMAR SE É HAS/DM E ALERGIAS

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- DOR OU INSTABILIDADE DA Pelve

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

**REVISÃO:
NEPI-HMA**

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/06/2019 14:41

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 57678 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 127023 JOAO PEDRO DA SILVA Atendimento : 484053
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 507 VERMELHO - EXTRA 017 Idade : 41 Anos
Dt. Início : 29/06/2019 16:25 Dt. Fim : 29/06/2019 16:55
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408040203 REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL I
ANEL PÉLVICO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 44 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 18882 JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES
CIRURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
ANESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO + LESÃO DE LISFRAC D + FRATURA DE METATRSOS D
CIRURGIA:REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO EXTERNA
CIRURGIAO: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIO: DR. JOÃO PAULO NOBRE
2º AUXILIO: DR. CAIO CAVALCANTI
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DR. GENÉSIO

DESCRIÇÃO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
- 2) REALIZADO REDUÇÃO FECHADA DE LESÃO DO ANEL PELVICO E APOSICIONADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO, COM AUXILIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 3) OBSERVADO BOA ESTABILIDADE E FIXAÇÃO
- 4) À SR
- 5) RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEYAN E. - 19--
FATURADO

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 25.670

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **484053**

Usuário: HANNESSAKCA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOAO PEDRO DA SILVA**
Idade: 41a 10m 18d Sexo: M Estado Civil: CASADO Prontuário: 127023
Profissão: Data de Nascimento: 12/8/1977
R.G.: 5513925 C.P.F.: Telefone: 995280552 CEP: 55940000
Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVES BASANI, 91 CENTRO - CONDOMÍNIO - PE
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 29/6/2019 16:12
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: 2 AND - UTI 3 - ADUL Acomodação: UTI - ADULTO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA Leito: ENF UTI3 - LEITO 029

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **FATURADO**
Endereço: - Número: **22/107/19**
Cidade: Estado civil: **CLAUDEMIR SOUSA**
PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **10/07/19** Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: **Liberação**
Diagnóstico Principal.....: **Lesão de nível pé direito**
Diagnóstico Secundário01.: **Fr. LIGAMENTO PE (D)** REVISADO
Diagnóstico Secundário02.: **FR. MTT3 PE (D)** CIH-HMA
Procedimento.....: **Red. Curvato + Fix. INTERNA DE NIVEL PULCRO +**
Red. Curvato + Fix. ART. LIGAMENTO + FDS R
3 e 4 = MTT (D)
Dr. Ayrton Farias
Ortopedia / Traumatologia
Médico e CRM 1000
Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nº: 5050 PEDRO DA SILVA REG: 127023

CA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	#5050#
06/07/19	HD: EXAME PÉLVICO +
12:30	LISTEANDO DINEITA + EX
	METATASOS A DINEITA
	PO 290619. NOVA FEILHADA
	DE EXAME PÉLVICO + EXAME
	EXTERNA TUBO ATUADO
	BEG NORMACIONADO EUPNEIA
	ATEBAIL
	CD: CINEGIA PROGRAMADA
	PAN A TENDA
	SOLIC. TO - X 1
07/07/19	#5050#
	HD: A MESMA
	PO: O MESMO
	PES. NORMACIONADO EUPNEIA
	ATEBAIL SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: CINEGIA TERÇA
	INICIADO P. NEJÃO
08/07/19	#Cin. Canal #
09:20	Paciente q' chegou pós-traumático
	em bolsa assepsia em fraldas
	REGRESSÃO. VIGIA POR

CD: 1) SEM INDIC. CINEGIA. E
SEM CONTRA-INDIC. NO PROC.
ORTOPÉDICO. INTERESSADO.

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 09/07/2019
Hora: 13:25

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 57875
Paciente: 127023
Convênio Atend.: 1
Leito: 84
Dt. Início: 09/07/2019 08:55
Id Pré-Operatório: S923
d Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim: 09/07/2019 12:20
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento: 484053
Carteira:
Idade: 41 Anos

Procedimento

Procedimento: 0408040033
Convênio: 001
Anestesia: 26

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC + FRATURA DE CABEÇA DE MÚLTIPLOS METATARSOS À DIREITA
CIRURGIA: RAFI COM PARAFUSOS + FIOS K

CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXÍLIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXÍLIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE 1º/2º RAIOS, SENDO OBSERVADA LESÃO DO LIGAMENTO DE LISFRANC, COM INSTABILIDADE DAS ARTICULAÇÕES DO MÊDIO PÉ;
5. REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA E APOSIÇÃO DOS 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 VISUALIZADO BOM POSICIONAMENTO DE IMPLANTES E ESTABILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC, COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. INCISÃO LONGITUDINAL DISTAL EM DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE O 3º/4º RAIOS.
8. DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DO 3º E 4º METATARSO
9. REDUÇÃO CRUENTA DAS FRATURAS E FIXADAS COM 02 FIOS K INTRAMEDULARES. VISUALIZADO FRATURA DA CABEÇA DO 2º METATARSO DIREITO SEM DESVIO, OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DA MESMA.
11. VERIFICADO REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DE IMPLANTES ACEITÁVEIS, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
12. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0
13. CURATIVO ESTÉRIL
14. TALA BOTA
15. RX DE CONTROLE
16. AS SR
- 12.

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

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEVAN FATURADO

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Ficha de Cirurgia Descritiva

Visão de Cirurgia: 57875
Paciente: 127023
Convênio Atend.: 1
Leito: 84
Dt. Início: 09/07/2019 09:55
Pré-Operatório: S328
Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim: 09/07/2019 12:20

Atendimento: 484053
Carteira:
Idade: 41 Anos

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUMNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não

Procedimento

Procedimento: 0408040033

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 28

GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

- DIAGNÓSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS EM SÍNFISE PÚBICA +
PARAFUSO CANULADO EM SACROILIACA DIREITA
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXÍLIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXÍLIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE
DESCRIÇÃO:
1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
2) RETIRADO FIXADOR EXTERNO DE BACIA E REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPSE COM CLOREXIDINA ALCOOLICA
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4) FEITO ACESSO SUPRAPUBICO - PFANNENSTIEL
DIVULSAO POR PLANOS ATE SIFISE PUBICA, VISUALIZADA ABERTURA DA MESMA
5) DESBRIDAMENTO E ESCARIFICAÇÃO DE DISCO DA SINFISE PÚBICA
7) REDUÇÃO CRUENTA DA SINFISE PUBICA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM 6 FUROS + 06
PARAFUSOS CORICAIS 3,5 MM
8) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCOPIA
9) SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1.0 E NYLON 3.0
FEITA RFFI DA SACRO ILIACA ESQUERDA COM 01 PARAFUSO CANULADO 7 MM COM ARRUELA
10) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCOPIA
12) SUTURA POR PLANOS COM VYVRIL E NYLON + CURATIVO ESTERIL
13) RX CONTROLE

Qt. Solicitada

Sangue e Derivados:

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDIVAN SOUSA
FATURISTA

João Bosco Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670
CENCAR

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: João Arno de Lira REG: 127023
IDADE: 41 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 29/06/19 DATA DA ALTA 10/07/19
DIAGNÓSTICO:

- Lesão do Aneurisma da Aorta - AD Grau II
- Lesão da parede da Aorta (D)
- Trauma da parede da Aorta (D)

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: - Aneurisma da Aorta Grau II
- Aneurisma da parede da Aorta (D)
- Aneurisma da parede da Aorta (D)
- Aneurisma da parede da Aorta (D)

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO + MONITORAR TENSÃO ARTERIAL
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - Cefalosporinas + Dor + Analgésicos.
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia - 02 semanas
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO ☒ NÃO SE APLICA ()

Assinar o documento de alta hospitalar com o enfermeiro
em 10/07/19

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/19


Dr. Ayrton Fortes
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 23880
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/06/19.	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/06/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Pedro da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Disjunção da simfise púbica. Fratura luxação da tíbia e peroneo.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico de disjunção da simfise púbica com fixador externo e após 14 dias osteossíntese com placa e parafusos. Tratamento cirúrgico de fratura pério e peroneo.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO Fisioterapia contínua.	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Dor, edema e déficit de força no
2ª pé direito. Com perda funcional de 85%.
3ª Dor nos quadris e anel pélvico
4ª Com déficit de força perda funcional
5ª de 85%.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/10/19 A 08/10/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Goiânia PE	DATA 08/10/19
ASSINATURA E CARIMBO	

Dr. [illegible] F. Vieira
Oncologista
CRM-PE 17000
2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014484682318

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1127818713 2019

JOÃO PEDRO DA SILVA

CONDADO - PE

038.252.854-99

PDX5798

9C2ND1110HR003562

PAS /MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

HONDA /XRE 300

2017 2917

2E/291CL

PARTIC

VERDE

IRVA 2019 QUITADO

1 2 3

00.11

0.32 04.58

28/01/19

SEM RESERVA

ORIENTADOR

CONDADO

30/01/19

MERCADO DIÁRIO DO COELHO CORREIA

DETRAN - PE

RECURSO ORÇAMENTÁRIO DE DANOS PASSOIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU LADO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484682318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOÃO PEDRO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CONDADO - PE

2019 30/01/19

038.252.854-99

PDX5798

1127818713

HONDA/XRE 300

2017 2917

9C2ND1110HR003562

PRÊMIO TAFIFÁRIO

36.05

4.01

40.06

4.15

0.32

34.58

DATA ÚNICA

PARCELADO

28/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHRG em caso de sinistro - 04

DETRAN - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577666 **Cidade:** Condado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO
FRATURA LUXAÇÃO DOS METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- FIXADOR EXTERNO- OSTEOSSÍNTESE-PÉ DIREITO (P.3,7)
OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ANEL PÉLVICO (P.3,8)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO E QUADRIL (BILATERAL)

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO E QUADRIL (BILATERAL)

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: João Pedro da Silva
RG/CNH/CTPS: 5.513.925 CPF: 038.252.854-99
Profissão: Guarda Municipal
Estado Civil: Casado
End: lot. São Roque, 81, Centro, Goiana - PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-00

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro dpvat, que figura como vítima:

João Pedro da Silva

ACIDENTE: 29.06.19

COBERTURA: INVALIDEZ

08 / 10 / 2019

João Pedro da Silva
OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)



CANTÁRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: Leticia Almeida de Azevedo
Telefone: (81) 3442-1022

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO PEDRO DA
SILVA DOU PE. Concedo, 08/10/2019 Em test. da
verdade Marcellyana Maria Andrade
Oliveira da Menezes Substituta Escal. R\$ 3,43 TERC R\$
0,00 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,02 FERC R\$ 0,40
Selo: 0077636.CRC09201901.01714 08/10/2019 15:35:38
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/saledigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352766/19

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

CPF: 038.252.854-99

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 29/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

JOAO PEDRO DA SILVA : 038.252.854-99

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: 10/10/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso