



Número: **0001473-06.2020.8.17.3030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Palmares**

Última distribuição : **18/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENILVA FERREIRA DE ARAUJO (AUTOR)		GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71288 091	19/11/2020 13:45	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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14644508





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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01729/01730 - carta_03 - INVALIDEZ

00050865



Carta nº 14645299





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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190456299 **Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO**

Data do Acidente: 07/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01637/01638 - carta_02 - INVALIDEZ

00010819



Carta nº 14779027





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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000000916

Conta: 000986382576-5

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







538253
0260397/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 075ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA PRETA -
DP75ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0165000290

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/05/2019 às
12:09**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/5/2019 às 18:30**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AGUA PRETA, 02, QUADRA 32;
CASA Nº 02 - RUA DA EMA - Bairro: CENTRO - AGUA
PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RESIDENCIA (TERREA)**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lda 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR / VITIMA (AUTOR AGENTE)
PAULO VIDAL DA SILVA (OUTRO)
DONO DA RESIDENCIA PAULO (OUTRO)
GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DONO DA RESIDENCIA PAULO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO

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

GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA FERREIRA DE ARAUJO Pai: JOÃO FERREIRA DE ARAÚJO Data de Nascimento:
21/6/1971 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4000428/SDS/PE (RG), 04060173444 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 991189476

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PALMARES, 347, RUA TENENTE EVERALDO - BAIRRO
DE SANTO ANTONIO - PROX. COLEGIO LAURO CHAVES - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL

PAULO VIDAL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZA
VIDAL DA SILVA Pai: ANISIO VIDAL DA SILVA Data de Nascimento: 13/12/1960 Naturalidade:



ÁGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1004073/SDS/PE (RG): 21876643416 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: - 91378228

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PALMARES, 347, R. TEN EVERALDO - BAIRRO DE STº ANTONIO - PROX. COLEGIO LAURO CHAVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DONO DA RESIDENCIA PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

AUTOR / VÍTIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA BIZ 125 HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO VIDAL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILVA FERREIRA DA ARAÚJO** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não** Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQG8963** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **587250003** Chassi: **9C2JC4S38ER002449** Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

RESIDENCIA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DONO DA RESIDENCIA PAULO** Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

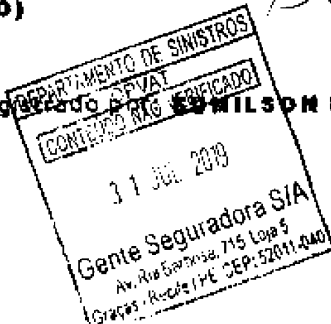
Complemento / Observação

CONAPARECEU A ESTA DELEGACIA DE ÁGUA PRETA - PE, O SRº PAULO VIDAL DA SILVA NOTICIANDO QUE SUA ESPOSA GENILVA FERREIRA DE ARAÚJO, NO DIA 07/05/19, POR VOLTA DAS 16:30HS, SE ENVOLVEU NUM ACIDENTE DE TRANSITO, OCASIÃO EM QUE A MESMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ, PLACA PQG 8963, QUE ESTA VEIO A COLIDIR COM A LATERAL DA RESIDENCIA DE PAULO, QUE A RESIDENCIA ESTAVA DESOCUPADA; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PALMARES - PE PELA EQUIPE DO SAMU E, POR SUA VEZ, TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE; SENDO ALÍ CIRURGIADA NOS DOIS PUNHOS, QUE TAMBÉM MACHUCOU O SEU JOELHO DA PERNA ESQUERDA, INFORMA AINDA O NOTICIANTE QUE A MESMA NÃO POSSUE PERMISSÃO OU CNH PARA DIRIGIR REFERIDO VEICULO, NADA MAIS A REGISTRAR ENCERRA-SE PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

PAULO VIDAL DA SILVA (OUTRO)

B.O. registrado em 31/05/2019 por **WILSON PAULO AUGUSTO DA SILVA** - Matrícula: 221769-8



FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação 07/05/2019 Distrito: Número da Ocorrência: 624869
 Motivo / Solicitação: APH + RSCGK ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero
☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICO
☐ Clínico ☒ Clínico ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO
☐ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTE / CANCELADAS
☐ ÓBITO ☐ REMOÇÃO-senha: _____

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO IDADE: 47 ANOS.
 SEXO: ☐ Masc. ☐ Fem. PROFISÃO: FONE: ()
 END: NOVA AGUA PRETA 6238 CASA 02 BAIRRO: DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 SOLICITANTE: DAXANE FONE: ()
 END. Ocorr.: BAIRRO: ()
 REFERÊNCIA: 31 JUL 2019

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)

Acid. Automóvel ☐ Motorista ☐ Passageiro/Frente ☐ Passageiro/Trás ☐ Uso do Cint. ☐ SIM ☐ NÃO	Acid. Motocicleta ☒ Motociclista ☐ Passageiro ☐ Uso de Capacete ☐ SIM ☒ NÃO	Abruptamento ☐ Via Pública ☐ Calçada ☐ Outros	Mecan. De Trauma ☐ Capotamento ☐ Ejeção ☐ Impacto Frontal ☐ Impacto Lateral ☐ Impacto traseiro
Acid. Trânsito ☐ Carro ou Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão Placa: _____	Acid. Ciclista ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Outros	Intoxicação ☐ An. Peçonhento ☐ Exógena ☐ Outros Agente Causador: _____	Exposições ☐ Choque Elétrico ☐ Fogo ☐ () 1º () 2º () 3º ☐ Fumaça ☐ Subst. Química
Asfixia ☐ Semi-Afogamento ☐ Soterramento ☐ Engasgo ☐ Outros	Queda ☐ Própria Altura ☐ Outra Altura Aproximadamente _____ Metros	Agressões ☐ Arma de Fogo Tipo: _____ ☐ Arma Branca Tipo: _____	☐ Agressão Física ☐ Maus Tratos ☐ Abuso Sexual

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: PACIENTE EGR. CONSCIENTE. ORIENTADA VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM FRATURA NOS MMSS E JOELHO ADEMATICADO, FOI MOBILIZADA E ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDA P/ O REGIONAL
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICAS

TEMPERATURA 36.3 Vias Aéreas FR: _____	GLICEMIA (HGT) 105 Pulso 94 RN: 33-50 <1 Ano 30-50 Criança 20-30 Adulto 12-20	☐ Agitação Psicomotora ☐ Desidratado ☐ Lesões de Face ☐ Ictérico ☐ Palidez ☐ Cor da Pele Anormal	☐ Sudorese ☐ Batimento Asa Nariz ☐ Cianose ☐ Deformidade Tórax ☐ Dispneia ☐ Distoma Fala/Choro	☐ Gemido/Estridor ☐ Obst. Das Vias Aéreas. ☐ Retração Xifoide ☐ Sibilos Expiratórios ☐ Tiragem Intercostal
RN: 120-160 <1 Ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 90-100		Perfusão Periférica ☐ Boa ☐ Ruim	CIRCULAÇÃO PA: 170 / 100	



EXAME NEUROLÓGICO

AValiação PRIMÁRIA	SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AValiação DAS PUPILAS	NATUREZA DA
☐ Alerta ☐ Resposta Verbal ☐ Resp. Estimulo Dolar ☐ Irresponsivo	☐ Déficit Motor ☐ Desvio de comissura Labial ☐ Dificuldade na Fala	☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miose	☐ Lesão Intra-abdominal ☐ Lesões Intra-Tóraxica ☐ Presença / Sangue Fratura - Ossos Longos ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL DE PONTOS
Abertura Ocular Espontânea	Orientado	Obedece Comando	15
Abertura Ocular a Voz	Confuso	Localiza Estimulo Doloroso	
Abertura Ocular a Dor	Resposta inapropriada	Retirada ao Estimulo Doloroso	
Sem abertura Ocular	Sons Ininteligíveis	Flexão Anormal (Decorticação)	
	Sem Resposta Verbal	Extensão Anormal (Descerebração)	
		Sem Resposta Motora	

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

☐ Aspiração de Sangue e Secreções ☐ Entubação Orotraqueal ☐ Imobilização da Coluna Cervical ☐ Infusão de Fluidos ☐ Reanimação Cardiopulmonar ☐ Imobilização de Membros	Ventilação Mecânica Modalidade: <u>100%</u> FIO 4: <u>100%</u> Adaptação Ventilação ☐ Bem ☐ Mal	Outras Condutas: <u>FOI VERIFICANDO</u> <u>SSV + MOBILIZADO E</u> <u>ENCAMINHADO P/ O HOSPITAL</u> Intercorrências: _____ _____ _____
☐ O ₂ ☐ Cateter ☐ CPAP ☐ Venturi _____ % ☐ Masc. c/ Reservatório		

USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

☐ Álcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐ _____	Informante: ☐ A Própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar _____
☐ Alteração de Humor ☐ Agitado / Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Alteração de Marcha ☐ Agressivo ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento	Refere Ingestão de Bebida Alcoólica Há _____ hs.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: <u>HOSPITAL GLENN DA MESA</u> <u>CHAU, ENCAMINHADO P/ HOSPITAL REGIONAL PALMARES</u> Registro do Hospital: _____ Médico que Recebeu: <u>Dr. Edger V. Andrade</u> <u>Medico</u> <u>CRM 19096</u>	☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar ☐ Orientação para o Ambulatório ☐ Óbito Antes do Atendimento ☐ Óbito durante o Atendimento ☐ Prancha Retida ☐ Removido antes do Atendimento
Assinatura do Médico Responsável: _____	

EQUIPE

Médico Regulador: <u>ANATISE</u>	Médico Assistente: _____
Enfermeira: _____	Socorrista: <u>Edgardo</u>
Condutor / Piloto: <u>FERNANDO</u>	Op. De Frota/OEE: <u>BEÂNIA</u>
Função do Responsável pelo Preenchimento: _____ ASS: _____	
SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO	
Obs. _____	

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica	
Ass.: _____ ID.: _____ DATA: _____ / _____ / _____	TESTEMUNHA: Ass.: _____ ID.: _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 000986382576-5

Nr. da Autenticação 235207F4AC63905E



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 53050-402
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03

CELPE
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 800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

PAULO VIDAL DA SILVA
CPF: 219.759.434-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TEN EVERALDO 347

STO ANTONIO PALMARES
55541-100 PALMARES 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

DATA DE VENCIMENTO

12/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

151,88

DATA FÉRMIDA DA NOTA FISCAL

05/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

05/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

068336579

CONTA CONTRATO

001786852010

Nº DO CLIENTE

203044213

Nº DA INSTALAÇÃO

0002213106

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F268.602D.400B.1 CDE, 257B.23D3.4B05.DEEB

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171,09	0,78053095	133,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Centrais, Ruas, Pública Municipal			15,91
Multa por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			3,84
Abatimento IGP-M-NF 080754860 - 07/05/19			0,37
PRD-ENLARGA-0,8134124860 08/01/01 08/09			0,98
Bônus INABIP - art 23 da Lei 10.438/2002			1,51
TOTAL DA FATURA			151,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
133,30	25,30	33,47	133,30	0,82	1,09
			133,30	3,94	5,25

LUAZ 12 TMS DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORR.		
Valor	On Recev	Valor
2,29	05/07/19	1,64

Este documento NÃO substitui o seu de Débitos existentes e NÃO deve ser utilizado em qualquer judicial. Deve ser utilizado da forma em que aparece por este sistema e, futuramente, poderá sofrer alterações do conteúdo, podendo ocasionar os litígios conforme os critérios da Lei nº 89 REA 414/2001. Poderá sofrer alterações, mas como 1 (um) documento, de caráter de cópia SP-0 SERASA

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,78053095	JUL 19	171
		JUN 19	167
		MAR 19	140
		ABR 19	157
		MAR 19	163
		FEV 19	144
		JAN 19	123
		DEZ 18	147
		NOV 18	164
		OUT 18	150
		AGO 18	127
		JUL 18	124
		JUL 18	152

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Consumo de Energia Transmissões	4,93	3,25
Energia de Distribuição	4,81	3,17
Energia de Transmissão	70,93	46,89
Energia de Distribuição	4,30	2,84
Tributos	20,66	13,60
Perdas em Transmissão	0,42	0,28
TOTAL	133,99	100

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORREÇÃO

Atualizar o valor do débito existente em até 15 dias após a emissão da fatura. Caso não seja atualizado, o valor do débito será corrigido mensalmente, conforme a tabela de juros de mora estabelecida no art. 39 da Lei 10.438/2002. O cliente poderá solicitar a suspensão da cobrança de juros de mora, conforme o art. 39 da Lei 10.438/2002, desde que não haja atraso no pagamento da fatura.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo (kWh) 0,78053095	JUL 19 171,09
	JUN 18 167,09
	MAY 18 140,00
	ABR 18 157,00
	MAR 18 163,00
	FEV 18 144,00
	JAN 18 132,00
	DEZ 17 147,00
	NOV 17 164,00
	OUT 17 150,00
	SET 17 127,00
	AGO 17 124,00
	JUL 17 152,00

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,09	0,78053095	133,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Centrais, Ruas, Pública Municipal			15,91
Multa por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			3,84
Abatimento IGP-M-NF 080754860 - 07/05/19			0,37
PRD-ENLARGA-0,8134124860 08/01/01 08/09			0,98
Bônus INABIP - art 23 da Lei 10.438/2002			1,51
TOTAL DA FATURA			151,88

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,09	0,78053095	133,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Centrais, Ruas, Pública Municipal			15,91
Multa por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			3,84
Abatimento IGP-M-NF 080754860 - 07/05/19			0,37
PRD-ENLARGA-0,8134124860 08/01/01 08/09			0,98
Bônus INABIP - art 23 da Lei 10.438/2002			1,51
TOTAL DA FATURA			151,88

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,09	0,78053095	133,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Centrais, Ruas, Pública Municipal			15,91
Multa por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			3,84
Abatimento IGP-M-NF 080754860 - 07/05/19			0,37
PRD-ENLARGA-0,8134124860 08/01/01 08/09			0,98
Bônus INABIP - art 23 da Lei 10.438/2002			1,51
TOTAL DA FATURA			151,88

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você. Em muitas palmeiras e em outros lugares você poderá pagar sua fatura. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

Atenção: A data de leitura e a bandeira de alerta são de responsabilidade do cliente e devem ser verificadas antes de cada leitura. O cliente é responsável por manter a continuidade e a integridade do nível de tensão de fornecimento. Pagos, em atraso, geram multa 2% (duas por cento) e juros 1% (um por cento) sobre o valor devido, além da cobrança de juros de mora. Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente poderá solicitar a suspensão da cobrança de juros de mora, conforme o art. 39 da Lei 10.438/2002, desde que não haja atraso no pagamento da fatura. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 39 da Lei 10.438/2002.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,09	0,78053095	133,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Centrais, Ruas, Pública Municipal			15,91
Multa por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			3,84
Abatimento IGP-M-NF 080754860 - 07/05/19			0,37
PRD-ENLARGA-0,8134124860 08/01/01 08/09			0,98
Bônus INABIP - art 23 da Lei 10.438/2002			1,51
TOTAL DA FATURA			151,88

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,09	0,78053095	133,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Centrais, Ruas, Pública Municipal			15,91
Multa por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			2,29
Juros por atraso-NF 050754860 - 07/05/19			3,84
Abatimento IGP-M-NF 080754860 - 07/05/19			0,37
PRD-ENLARGA-0,8134124860 08/01/01 08/09			0,98
Bônus INABIP - art 23 da Lei 10.438/2002			1,51
TOTAL DA FATURA			151,88





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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos endereços 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/RS/STI/DECRETO/DOCOM/GINA/ANEXO1/13/18/COB1601-29636>

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 COAF.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEGISLAÇÃO.

Pelo exposto, eu ERICK NOVA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019739214-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GENILIA FERREIRA DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.601.734-44

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENILIA FERREIRA DE ARAUJO

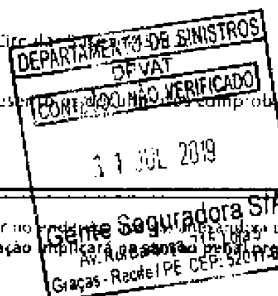
inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.601.734-44, conforme determinação da Circular

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento a seguinte documentação comprobatória:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Cle. Aristoclinio</u>	Número: <u>797</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>PALMARES</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55540-000</u>	Tel.(DDD): _____



Local e Data: PALMARES-PE 10/07/2019

ERICK NOVA DOS SANTOS
Assinatura do Declarante

DLORL-001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2020 13:45:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111913454387000000069893437>
Número do documento: 20111913454387000000069893437

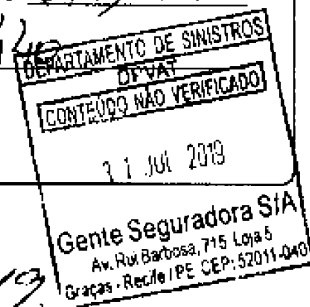
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

EU, PAULO VIDAL DA SILVA
RG nº 1997073, data de expedição 1/1/
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 216.756.434-15
com domicílio na cidade de PALMARES, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Senador Cavalcanti, Santo Antônio, nº 347, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima GENILVA FERREIRA DE ARAUJO, cujo o condutor era GENILVA FERREIRA DE ARAUJO
Veículo: Motocicleta Modelo: B12 125 EX Ano: 2013/2014
Placa: PEQ 5963 Chassi: 9C25C4830ER00342
Data do Acidente: 07/05/19



Local e Data: PALMARES-PE 22/05/2019



Paulo Vidal da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES- PE
Titular: LUCIANO DE FRANÇA SILVA
Telefone: (81) 36510-881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE (Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: PAULO VIDAL DA SILVA. Palmars-PE, em _____ José Edmilson Figueiredo da Leão - Tabelião/Substituto. Emol. R\$ 9,59 TMR R\$ 0,80 EERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79

60.FEQ05201902.08253 22/05/2019 10:56:42
ntificidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PONTONAL

HPK

Data do Atendimento: 07/05/2019 Hora: 17:34:20 Pronto-Socorro 92603
 No. Atendimento: 861564 Urgência / Emergência Colaborador: ANTONIO YVES
 Prioridade: AMARELO - URGENCIA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA CHS: 008502089581071
 Nome: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO Sexo: F
 Data de Nascimento: 21/03/1971 Idade: 47 Anos 11 Meses e 16 Dias C.A.:
 Pais ou responsáveis: MARIA FERREIRA DE ARAUJO JOAO FERREIRA DE ARAUJO
 Endereço: RUA TENENTE EVERALDO, 347 CASA SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - 55540030
 Cidade: PALMARES Tel.: 8191370229 8138617788 Hora de Atendimento:

Queixa Principal:

Atrofia muscular de bacia
 há 6 meses após o parto e pós
 parto de parto a parturiente parou
 tensionar pelo parto.

Exame Físico:

A: Geral via aérea está patenta? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Exame:

Hora:

Exame:

Hora:

Exame:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Rotulada e Classificação de Risco:

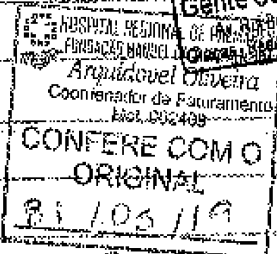
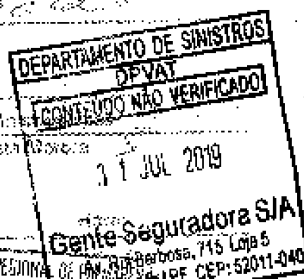
ACIDENTE DE MOTO POLITRAUMATIZADA E DORES NOS FLANCOS

Alergia:

Observação:

NEGAALERGIA

Evolução da Enfermagem



Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta (clínica) () Alta (clínica) () Alta (clínica) () Transferência para outra unidade () Outro () Outro () Condicionamento do Paciente () Finalizado () Intermitente () Piorado



PERNAMBUCO		FORMULARIO DE TRANSFERÊNCIA		Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológicos	
Nome: <u>Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>					
Data de Nascimento: <u>10/05/1984</u> Sexo: <u>M</u>					
País do Responsável: <u>Brasil</u>					
Endereço: <u>Palmares</u>					
Cidade: <u>Palmares</u> Tel: <u>081 3561 3436</u> Hora da Atendimento: <u>14h</u>					
DESTINO DO PACIENTE:				SENHA:	
<u>Comp. para Elter</u>				<u>5678945</u>	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA					
ANAMNESE:					
<u>paciente vítima de trauma</u>					
EXAME FÍSICO:					
<u>Boa aparência. Reforço de traço</u>					
<u>peso 60 kg</u>					
DROGAS ADMINISTRADAS:					
<u>Atenolol e Diltiazem por indicação</u>					
<u>peso 60 kg (Hemodinâmica)</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
<u>RA</u>					
HD: <u>Fratura 13 Distal Antebraço do L.D.</u>					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
<u>nas primeiras 24 horas</u>					
<u>normal</u>					

DATA:

10/05/18

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Engenho Opiloso dos Palmares, BR 101 - Km 195 - Palmares - PE
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3561-3436



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: GÊNILVA FERREIRA DE ARAUJO

REGISTRO: 116324

IDADE: 47

DATA ADMISSÃO: 08/05/2019

DATA ALTA: 09/05/2019

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA RADIO DISTAL direito E ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM FIO KIRSCHNER

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO

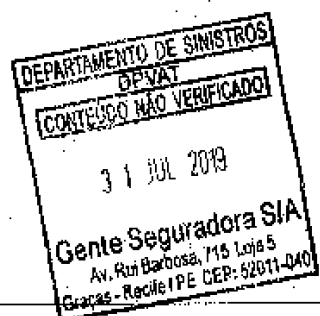
2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E DEDOS DA MÃO

3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

6) NÃO PEGAR EM PESO



Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 20/05/2019
Não () de 06:30 às 09:00

**AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE OU NO
AMBULATÓRIO DO ESTADO DE ORIGEM**

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abulafia
Médico - UENB - PE 2774
11-05-2019



FICHA CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome do Paciente: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Prontuário: 116324

Data do Nascimento: 21/05/1971

Idade: 47 anos

Sexo: FEMININO

Especialidade: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUM/ Leito: LEITO 09

Atendimento do Paciente: 498732

Data e Hora de Internação: 08/05/2019 01:16

Diagnóstico(s) definitivo(s): FRACT. RADIO DISTAL DE C. E.

Procedimentos de risco realizados

☐ Intubação☐ Punção venosa central☐ Cateterismo vesical☐ Outros☐ Assistência Ventilatória☒ Punção venosa periférica☐ Nutrição Parenteral☐ Traqueostomia☐ Dissecção venosa☐ Cateterismo arterial

Cirurgias realizadas

OSTEOSSINTESE CL. FEMOR.

Classificação (L)

Classificação

Classificação: (L) Limpa (P) Potencialmente contaminada (C) Contaminada (I) Infectada

Infecção: ☒ Não ☐ Sim ☐ Comunitária ☐ Hospitalar ☐ Ambas

Localização topográfica da infecção:

☐ Respiratória☐ Ferida cirúrgica☐ Corrente Sanguínea☐ Óssea☐ Urinária☐ Cutânea não cirúrgica☐ Flebite☐ Articular☐ Septicemia☐ Genital☐ Cardiovascular☐ Outros☐ Gastrointestinal☐ Otorrinolaringológica☐ OftálmicaUso de antimicrobiano: ☐ Não ☒ Sim ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Antimicrobiano Utilizado:

CEFALOSPORINA

Culturas: ☒ Não ☐ Sim

Tipos

Resultados

Saída Hospitalar: ☒ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito

Data: 09/05/2019

Dr. Igor A. B. da Silva
Médico (C) de 2012

09 MAIO 2019

Cabo de Santo Agostinho, 1/1/1

Assinatura e carimbo do médico responsável



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 498732 Data e Hora do Atendimento: 08/05/2019 01:16
 Usuário do Atendimento: MICHELLINESM Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO Prontuário: 116324
 Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DE ARAUJO Nome do Pai: JOAO FERREIRA DE ARAUJO
 Data do Nascimento: 21/05/1971 Idade: 47 anos Sexo: FEMININO
 Estado Civil: CASADO RG: 4000128 SDS PE Data Emissão: 08/08/2008
 CPF: 04060173444 Certidão de Nascimento: Data Emissão:
 Naturalidade: AGUA PRETA Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO
 Carteira Nacional SUS: 708005372238429 Ocupação Habitual: DO LAR
 Endereço: RUA TENENTE EVERALDO 37 CENTRO
 Cidade: PALMARES PE CEP: 55540970 Fone: 91370229

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM PALMARES
 Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
 Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 09

TERMO DE RESPONSABILIDADE

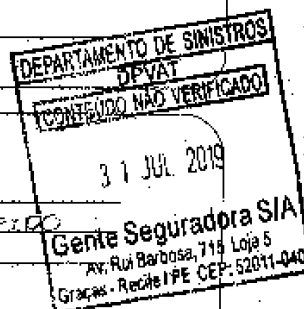
Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento,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

Cabo de Santo Agostinho, 08/05/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: MELHORIA
 Diagnóstico: FRAT. DO RADIO DISTAL DIREITO + ESQUERDO
 Procedimento: OSTEOSSINTESE LL FICR
 Alta em: 09 / 05 / 2019 Hora: 12:00h
 Médico e C.R.M.:
 Responsável pela retirada do paciente - Nome:
 Assinatura e R.G.:



Dr. Igor Abutrab
 Médico CRM PE 27772
 09 MAIO 2019

Dr. Igor Abutrab
 Médico CRM PE 27772
 09 MAIO 2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Indicador: 498726

Data e Hora: 08/05/2019 00:49

Senha da Classificação:

0001

Paciente: 116324 GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 21/05/1971 Idade: 47 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DE ARAUJO

Nome do Pai: JOAO FERREIRA DE ARAUJO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA TENENTE EVERALDO

-- BAIRRO SANTO ANI 37

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: PALMARES

PE

Usuário Atendimento: MICHELLINESM

RG (Identidade): 4000128

SDS PE

Data de Emissão: 08/08/2008

CPF (Cadastro da Pessoa Física): 04060173444

Fone: 91370229

Cartão SUS: 708005372238429

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico com trauma e fratura D e E, há 02 dias. Queixa de dor.

Exame Físico

27 anos, estatura 1,70 m e limitação de ADM das pernas D e E.

Hipótese Diagnóstico

Fratura de rádio distal D e E

Conduta Terapêutica

Internar

Prescrição Médica

Vinicius S. Couto
Orculato de Almeida
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

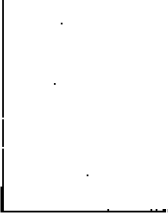


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/05/2019 00:20

	Nome Paciente:	GENILDA FERREIRA DE ARAUJO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	21/05/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	47
	Senha:	0001
	Convênio:	
Atendimento:	SAME:	

Período: 08/05/2019 00:41 - 08/05/2019 00:44

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DE HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO E DEFORMIDADE DE ANTEBRAÇO DIREITO, ESQUERDO E MMII.
SENHA: 5677749

SPO2:98

FC:87

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/05/2019 00:44

Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Genilson Ferreira de Araújo Registro: 1263019 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

/

História da Doença Atual:

Paciente relata de acidente motor-
elétrico com trauma em membro D.E. há
03 dia

Interrogatório Sintomatológico:

Doa

/





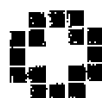
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Genilva Ferreira de Araújo Registro: 116324

Clinica: _____ Enfermaria: Bloco Leito: _____

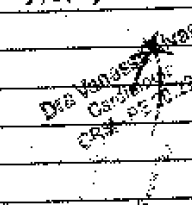
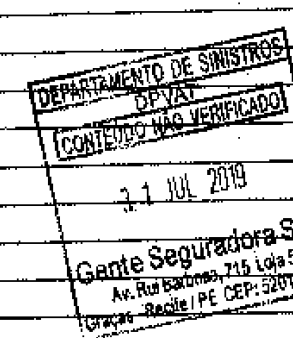
Data/Hora	
03/05/19	# Serviço Social #
	Realizado atendimento ao
	expos, entrevista social
	prestada orientações sobre
	seguro DPVAT, fluxo no
	SUS e rotina hospitalar.





GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Clinica:

Data/Hora	Exame
	EXAME
	CONTINUAÇÃO
	Colo (08105) $\rightarrow C_1 = 0,36$ $H_0 = 93$ $H_1 = 40$ $V_1 = 32$ Cenário: 11800 $PIV_1 = 265000$ $INR = 4,01$
	ECG $\rightarrow$ Ritmo sinusal, regular, sem alterações agudas.
	CD. Paciente apta do ponto de vista cardiovascular p/ realização do procedimento proposto com risco cardiovascular baixo (baseado em algoritmo de ACP).
	 Dra. Vanessa Alves Cardiologista CRM-PE 20.123
	 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT (CONTEÚDO NÃO VERIFICADO) 21 JUL 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-00

COD. 3824





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Genilva Ferreira Registro: 116324

Clinica: _____ Enfermaria: 406 Leito: 02

Data/Hora	
09/05/19	# Serviço Social # Realizado atendimento ao esposo da paciente, presta da orientações por ela e sobre seguro DPVAT, ela boou o encaminhamento para TFD.
	Assistente Social CRSS nº 8085 - Itapagipe/PE <i>[Assinatura]</i>
	UOH - Hospital Dom Bosco Solange Lyra Faturamento / SAME Em: <i>[Assinatura]</i>





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Gemilva Ferreira de Araújo data: 08/05/16 Hora: 14h Registro: 146324

Leito de origem: 406-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Proct. Intero de Rudio Dital
Tipo de anestesia: Bloquio + Sedação
Equipe: D. S. Carneiro Anestesista: Dr. Graça

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) Não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 206/110 mmHg FR: _____ p/min FC: 86 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>19:23</u>	<u>19:40</u>	<u>20:10</u>	<u>20:40</u>	<u>21:10</u>	
FR	<u>207 x 112</u>	<u>194 x 103</u>	<u>183/83</u>	<u>184/87</u>	<u>175/85</u>	
FC	<u>77</u>	<u>78</u>	<u>83</u>	<u>88</u>	<u>80</u>	
SaPO2	<u>94%</u>	<u>93%</u>	<u>92%</u>	<u>94%</u>	<u>94%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: (x) Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 08/05/16 Horário: 10h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____ CPF: 043.143.354-11

COD. 38388

dever ser ressignado

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

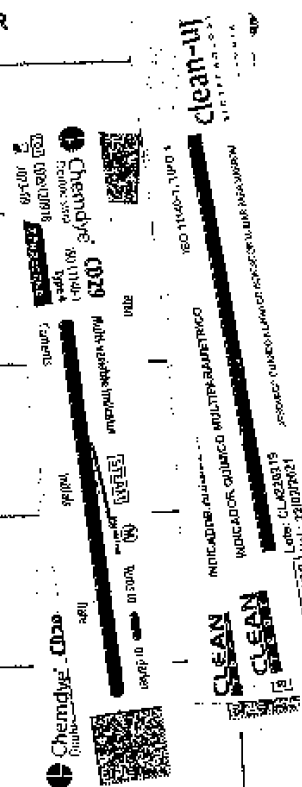
1. Identificação

Nome: Genilva Ferreira de Azevedo Data: 08/05/19 Registro: 116324
Convênio: SUS Leito: Hora: 16:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Leonardo 1º auxiliar: Dr. Bruno Dalto
Anestesista: Dr. Craca Instrumentador: Rafaela
Circulante: Willems

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Cap		
Capo +		
Punho de furo		
Boxas MMSS		
Boxas Anestesia		
Ricordinho		
Saco K 2.0		
Atadures		
Motor Broca		



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 19/10/19

Nº PRONTUÁRIO: 116324

NOME DO PACIENTE: Genir A. Rizzo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

Falta de Rob. P.U.
Bilateral - a juv

OBS.:

Nº DIAS

20 h

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Genivaldo Ferreira Data: 08/05/19 Hora: 16:30 Registro: 226324
Convênio: 543 Letto: 16 Altura: 1,60

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Manoel Gomes Anestesiologista: Dr. Rafael
Auxiliar: Dr. Bruno Auxiliar: Dr. Rafael

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura de Rádio Distal Início: 18:00 Término: 18:40
Anestesia: Bupivacaína + Sufentanil Início: 17:25 Término: 18:40

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave
Nível de Consciência: ☒ Orientado ☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Coma
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado
Tricotomia: ☐ Sim ☐ Não

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ☐ Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Ginecológica ☐
Banco de Sangue ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Peça Cirúrgica: Sim ☐

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Monitor Cardíaco ☒ PNI ☒ Bomba CEC ☐
Colchão Térmico ☐ Eletrodo ☐ Anticópio ☐ Microscópio ☐
Bisturi Elétrico ☐ Local da Placa ☐ Intensificador ☐ Nº ☐
Carro de Anestesia ☐ Diprofusor ☐ Bomba de Infusão ☐
Ap. Vídeo ☐ Início ☐ Término ☐
Oxigênio ☐ Início ☐ Término ☐
Protótipo ☐ Início ☐ Término ☐
Gás Carbônico ☐

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim ☐ Não ☒
Sonda Vesical de Demora: Sim ☐ Não ☒
Drenagem (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒
Curativo (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Bupivacaína + Sufentanil
CIRURGIA: Fratura de Rádio Distal

6 - OBSERVAÇÕES:

Evitar mobilizar o membro operado.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado Náusea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado ☐
Encaminhado para: GRPA S. Intensiva ☐ LICOR ☐ UTI ☐ Aptº ☐ Residência ☐
Enfermeira: D. D. D. Circulante: D. D. D.

Data: 08/05/19 Hora: 16:30 Entenda: D. D. D. Circulante: D. D. D.



DATA: 04/05/19
RG: 976329

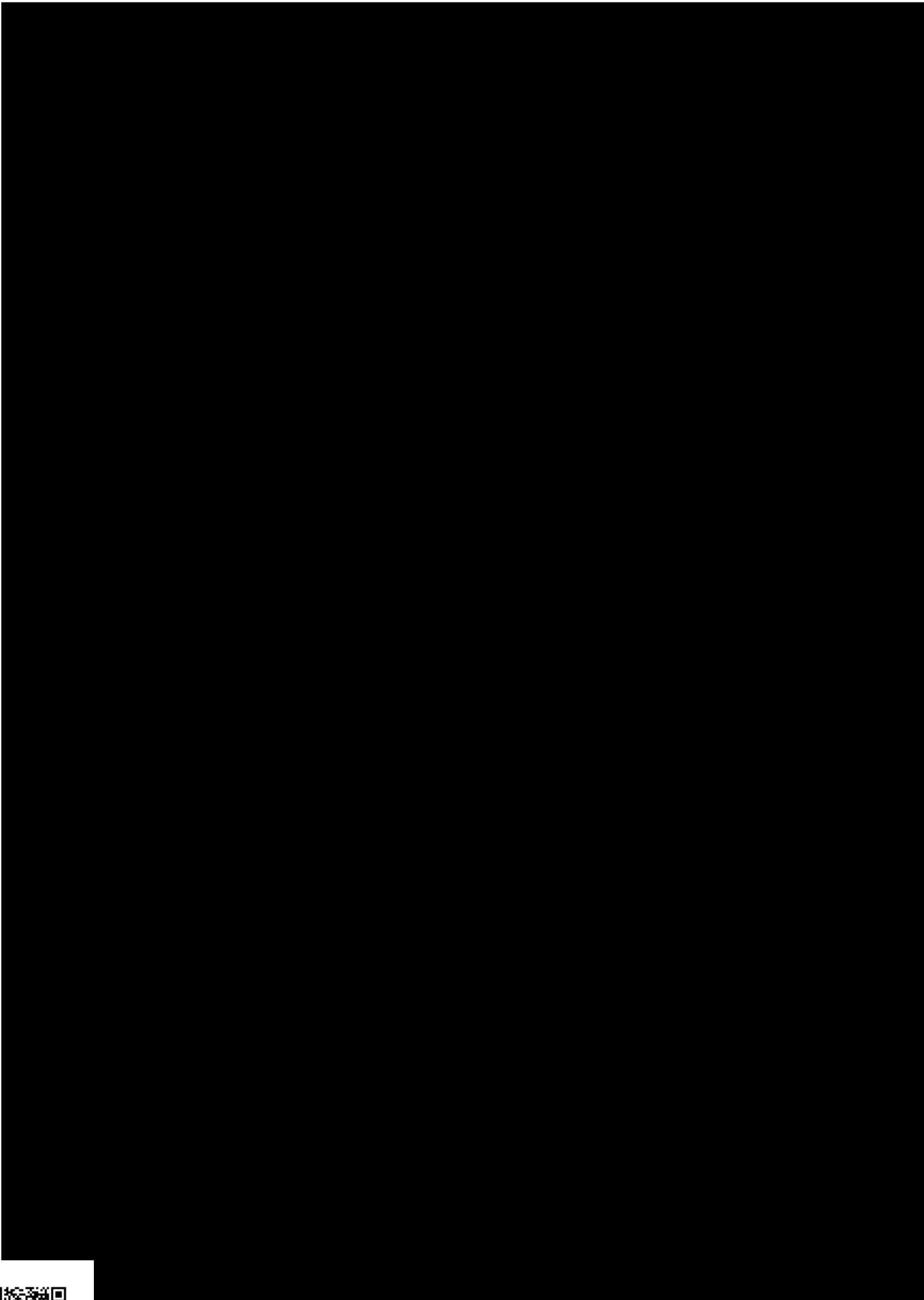
ENTE: Genipia Ferreira de sauto
IRGIÃO: Dr. Leonardo Tange
STESISTA: Dr. Gracia
IRGIA: 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4.5	25X7	25X8	40X12
DIOPLEGICA	STIMULEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 18CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
RESSADA 10CM	RESSADA 15CM	RESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5
TRAQUEOST 9.0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUSCLAVIA 16
RIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 19	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	F/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
25CM	40CM	50CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	30ML	60ML CATETER	
MATERIAL CIRURGICO			
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO	
OLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GASES	GELFOAN
MIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANSOFIX

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCAO 3.2	SUCCAO 4.8	SUCCAO 6.4
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2.0	ENDOTRAQ. 2.5	ENDOTRAQ. 3.0
ENDOTRAQ. 3.5	ENDOTRAQ. 4.0	ENDOTRAQ. 4.5	ENDOTRAQ. 5.0
ENDOTRAQ. 5.5	ENDOTRAQ. 6.0	ENDOTRAQ. 6.5	ENDOTRAQ. 7.0
ENDOTRAQ. 7.5	ENDOTRAQ. 8.0	ENDOTRAQ. 8.5	ENDOTRAQ. 9.0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 8	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	PITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA POSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407

DEPARTAMENTO DE MATERIAIS
DE SALA
CONTENDO AO TEMPERADO
31 JUL 2019
Seguradora SIA
RUA SIA 116 L 194/5
CEP: 52071-140



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485107244
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COL. RENAVAM 367253002 ANTRC. 2019
PAULO VIDA DA SILVA

PLACA B-253953

CHASSI 90200453005002440

ESPECIE TIPO ALCO/GR801

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB. 2019 ANO MOD. 2019

CAP. MOTOR 125 CC

CATEGORIA 11

VEICULO UNICO

PREMIO TARIFARIO 4.01

PREMIO TOTAL (R\$) 4.01

DATA DE PAGAMENTO 07/03/19

RECEBIDA

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

PE Nº 014485107244 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO VIDA 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

FAVORAB-PE 2019 DATA EMISSÃO 27/03/19

CHASSI 90200453005002440

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB. 2019 ANO MOD. 2019

PREMIO TARIFARIO 4.01

PREMIO TOTAL (R\$) 4.01

DATA DE PAGAMENTO 07/03/19

RECEBIDA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.235.006/0001-04

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
DPVAT
11 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. N. L. 715 - 1º e 2º
Grupos - Recife/PE CEP: 51.120-000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456299

Cidade: Água Preta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Data do acidente: 07/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio direito e esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame: apresenta edema residual e redução severa da amplitude de movimentos do punho direito e esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner e fisioterapia, evoluindo com deformidade em flexão e limitação funcional de ambos os punhos, recebendo alta médica em 25/09/2019 (sic)

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito, Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190456299**

Nome do(a) Examinado(a): **GENILVA FERREIRA DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA TENENTE EVERALDO, 437 - SANTO ANTONIO - Palmares - PE - CEP 55540-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **4000128**

Data e local do acidente: [**07/05/2019**] **Água Preta**

Data e local do exame: [**27/09/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura distal do rádio direito e esquerdo.

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

Ao exame: apresenta edema residual e redução severa da amplitude de movimentos do punho direito e esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner e fisioterapia, evoluindo com deformidade em flexão e limitação funcional de ambos os punhos, recebendo alta médica em 25/09/2019 (sic)

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do punho direito, Limitação funcional do punho esquerdo

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

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



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

() "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)

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

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

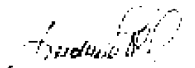
Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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


Andrea R. Madeira
CRM: 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: CASADA

Profissão: DOMESTICA

Identidade: 4.000.128

CPF: 040.601.734-44

Endereço: RUA FERNÃO GONCALVES, 437, SANTO ANTONIO, PALMARES-PE

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

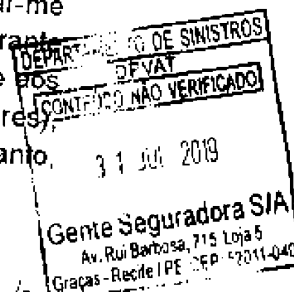
Profissão: PROFESSOR

Identidade: 3.748.956

CPF: 019.739.214-80

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, Nº 797, CENTRO, PALMARES - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.



Palmars-PE, 23/05/19
Local e data

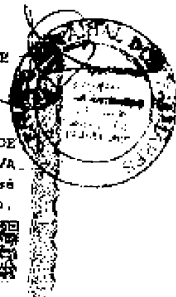


Genilva F. de Araujo
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

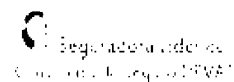
2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES - PE
Titular: LUCIANO DE FRANÇA SILVA
Telefone: (81) 3650-881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por autenticidade
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de GENILVA
FERREIRA DE ARAUJO - Palmars-PE, em 23/05/2019 - José
Edmilson Figueiredo da Costa - Tabelião Substituto,
Emol. R\$ 3,59 TSMR R\$ 0,80 EFERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79

Selo: 0077560.0A003201902.00359 23/05/2019 08:12:07
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260397/19

Número do Sinistro: 3190456299

Vítima: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 040.601.734-44

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENILVA FERREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GENILVA FERREIRA DE ARAUJO : 040.601.734-44

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ERICK MOURA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos

