



Número: **0064094-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

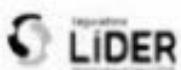
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71895 009	01/12/2020 17:56	Protocolo de Entrega de Documentos 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 4020-1586 (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 pedidos com dificuldade 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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190029201

Vítima: IVSON FEUX DE SIQUEIRA

Data do Acidente: 24/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVSON FEUX DE SIQUEIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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 Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você.

PAG 0140351452 - C000_03 - INVALIDEZ



Carta nº 71895009





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.

Bio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190029201 Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Data do Acidente: 24/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: STEPHANNY PRISOLA DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PERÍODO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, entre em contato conosco para mais informações.

Statementments

Scanned Video DBIAT

Estuaries and Coasts (2013)

Digitized by srujanika@gmail.com





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Fazida(s) tipo(s) de cobertura DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do simbolo do ASL: **032.382.344-71** Nome completo da vítima: **Júvenil Felix de Siqueira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZER DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSEP 34-46/2012

Nome completo: **Júvenil Felix de Siqueira** CPF: **032.782.344-71**
 Profissão: **Motoboy** Endereço: **Rua Jacobina** Número: **515** Complemento:
 Regiao: **Centro** Cidade: **Laranjeiras do Piauí - PE** CEP: **64460-380**
 E-mail: **STEPHANNYOLIVEIRA.ADV@HOTMAIL.COM** Telefone: **(87) 3.866.4-3636**

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:
 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.000,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA Queda DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos Itaú, Banco Azul e uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (361)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (324)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 1530 CONTA: 1430-15 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito de menor)	(Informar o dígito de menor)
	(Informar o dígito de menor)

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha totalidade, o valor da indenização/incentivo 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.

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DE SAÚDE DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Resto motivo informado, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concomitante, desde já, em-me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da invalidez e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente do motorista, conforme Lei 8.514/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compânhario(a): Sim Não Se a vítima deixou compânhario(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos Vítima deixou netos (não nascidos): Sim Não Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 prevista no artigo 293 do Código Penal.

Imprópria deixar vítima em situação de morte afastando dele alguém	Local e Data: Nome: Júvenil Felix de Siqueira CPF: 032.782.344-71 Júvenil Assinatura da vítima (declarante)
	[P] Assinatura de quem assina o RGCC Assinatura do representante legal (ou herdeiro)

Assinatura do Representante Legal (ou herdeiro)

Assinatura do Procurador (ou herdeiro)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____
COMPREV
COMPREV - RPA - PROVEDORIA SIA
Assinatura
2º Nome: 11 JAN 2019 CPF: _____

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não obstante deverá facultar outra pessoa affidavitava, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, à seu RGCC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casadas, comprometendo-se a dar-lhe ciência do motivo e do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 VOL/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 022ª CIRCUNSCRICAO - PIEDADE - DP22ºCIRC DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 18E0112003481

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/10/2018 às 15:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/7/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 2260, PROXIMO A DISQUERIA CIVIL SÃO PAULO - Bairro: PIEDADE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

Lugar do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FELIPE HENRIQUE LIRA BRASIL (AUTOR / AGENTE)
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): IVSON FELIX DE SIQUEIRA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE HENRIQUE LIRA
BRASIL

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

IVSON FELIX DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nascimento: JOSEFA MANOEL FELIX Data de Nascimento: 7/3/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 514333/MEX/PE (RG): 03278237471 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: PORTEIRO Telefones Celulares: - 81987097940

Endereço Residencial: RUA LAGUNA, 518 - CEP: 54460380 - Bairro: BARRA DE JANGADA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

FELIPE HENRIQUE LIRA BRASIL (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

HONDA/CG 150 TITAN PRETA - PLACA: PGE-3550 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVSON FELIX DE SIQUEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGE3550 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
 Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 4

**RENAULT/LOGAN AZUL - PLACA: PFN-5697 (VEICULO) de propriedade da(s) Sra(s): FELIPE HENRIQUE LIRA
BR SIL, que estava em posse do(a) Sra(s): FELIPE HENRIQUE LIRA BR SIL**
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/RENAULT/LOGAN Objeto apreendido: Não
Cor AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PFN5697 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

IVSON FELIZ DE SIQUEIRA AFIRMA QUE FOI VÍTIMA DE COLISÃO DE TRÂNSITO NA AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO EM PIEDADE. AFIRMA QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO LOGAN, FELIPE HENRIQUE LIRA, ATRAVESSOU A VIA DO LADO DIREITO PARA O ESQUERDO SEM SINALIZAR A AÇÃO, COLIDIENDO COM SUA MOTOCICLETA. AFIRMA QUE O AUTOR ESTEVE PRESENTE DURANTE O SOCORRO FEITO PELO CORPO DE BOMBEIRO. AFIRMA QUE DEU ENTRADA NA UPA E LOGO APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HILDEBRANDO ONDE REALIZOU CIRURGIA. AFIRMA QUE DEU ENTRADA COM FRATURA EXPOSTA NO COTOVELO. AFIRMA QUE PROCUROU A DELEGACIA DE PIEDADE PARA REGISTRAR O FATO E TOMAR AS DEVIDAS PROVISÓRIAS.

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

IVSON FELIX DE SIQUEIRA
(VITIMA)



B.O. registrado por: FELIPE FERNANDO TORRES DE SOUZA - Matrícula: 3872335 Piedade



05/10/2018 15:21

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
PROFESSOR ARMANDO SAMICO
GERÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO
23.10.18
Nº FOLHA DO ORIGINAIS



Dados da Ocorrência:

Nº PROTOCOLO: 603750

Requisição 0603750/2018 - DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE - RECIFE

REQUISITANTE: Sr. Delegado CICDS



Identificação da laudo: CICDS-022A/2018/00023369/2018-01-23T10:41:17-03:00

GGPOC - IC - ICPAS (Recife) - UNICPLAN

Laudo Pericial: 23.325/2018

Dados da Ocorrência:

NATUREZA: COLISÃO

LOCAL DO FATO: AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, N° NÃO INFORMADO.
PIADEDE - JABOATÃO DOS GUARARAPES

DATA DA OCORRÊNCIA: 24/07/2018

ENVOLVIDO(S):

Dados do Perito:

DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE

PERITO(A) CRIMINAL: Dr(a). ALCIDES BUARQUE DA SILVA

NÃO ACOMPANHA(M) PEÇA(S)

COMPREV
COMPRA E PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2018

PROTOCOLO

Rua Delfim Moreira, nº 780 - Campina Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3183-0247 - Fax: (81) 3183-0233 - Email: ic@icpe.pe.gov.br

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 6

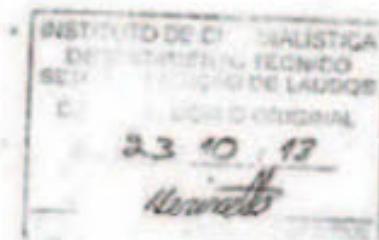


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

LAUDO PERICIAL REP N°. 23.325/2018



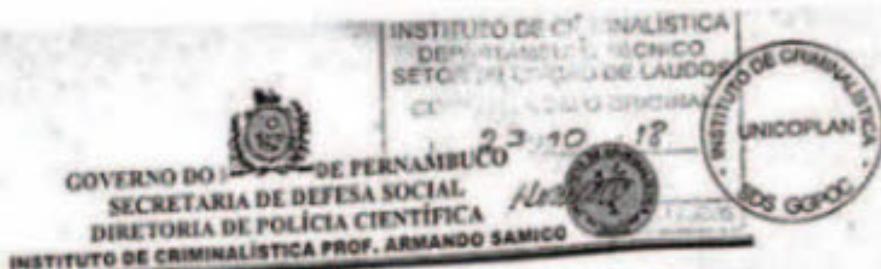
Rua Odorico Mendes, nº 708 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Phone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 E-mail: ic@icpe.pe.gov.br

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 7



EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

LAUDO PERICIAL REP N° 23.325/2018

I - INTRODUÇÃO

DATA DA OCORRÊNCIA: Aos vinte e sete (027) dias do mês de julho (07) do ano de dois mil e dezoito (2018);

AUTORIDADE REQUISITANTE: Centro Integrado de Operações de Defesa Social (CIODS-PE) de Pernambuco;

HORA DA CHAMADA: Às vinte horas e quarenta minutos (20h.40min.);

HORA DA CHEGADA AO LOCAL: Às vinte e uma horas e quarenta minutos (21h. 40min.);

LOCAL: Entroncamento formado pelas Avenidas Bernardo Vieira de Melo com Barreto de Menezes no Bairro de Piedade, Município de Jaboatão dos Guararapes - PE; Vigésima Segunda (22^a) Circunscrição Policial;

NATUREZA DO FATO: COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, SEGUIDO DE TOMBAMENTO COM VÍTIMA SOCORRIDA;

ENCERRAMENTO DO EXAME: Às vinte e duas horas e vinte e cinco minutos (22h. 25min).

II - HISTÓRICO DO CASO

CONDICÕES DO LOCAL: A ocorrência, objeto do presente exame teve lugar no endereço acima citado, em cujo trecho da pista onde ocorreu a "Violência no Trânsito", trata-se de um entroncamento de vias pública, urbanizada; era pavimentada porcapeamento asfáltico em bom estado de conservação, era provido de iluminação artificial pública em regular estado de luminosidade (por ser período noturno), onde a Avenida Bernardo Vieira de Melo no trecho do acidente apresentava-se com espaço físico suficiente para quatro (04) faixas de tráfego, em sentido único de direção, ou seja a corrente de tráfego era orientada no seguinte sentido: Candeias/Boa Viagem.

A Avenida Barreto de Menezes no trecho do acidente apresentava-se com espaço físico suficiente para três (03) faixas de tráfego, em sentido único de direção; ou seja, a corrente de tráfego era orientada no seguinte sentido: Entroncamento de Vias/Prazeres, conforme alude o desenho técnico acostado ao presente laudo.

COMPREV
 COMPREV INSTITUI DE DEFESA SOCIAL

Rua Odorico Meneses, nº 700 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.051-480
 Fone: (81) 3183-2034 FAX: 3183-2022 E-mail: info@comprev.pe.gov.br

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMPAIO



Quando dos exames periciais, era o período da noite o tempo estava bom, as pistas de rolamento encontravam-se secas; cujo ângulo de visão era deficiente (por ser período noturno) para os condutores que por ali trafegavam que se desenvolviam em nível e linha reta com o fluxo escasso de veículos em ambas vias, nesse período de noite.

Registre-se dizer que se fazia presente no palco do evento, Agentes de Trânsito, sob o comando do Sr. Souza, portador da matrícula de nº 194212 do Município de Jaboatão dos Guararapes-PE (do órgão de trânsito CEMA).

Naquela localidade foi constatada a existência de duas (02) unidades de tráfego, envolvidas em Acidente de Trânsito, as quais por convenção técnica serão durante tratadas neste Laudo como (V-1) o veículo **MOTOCICLETA HONDA** e de (V-2) o veículo importado **autopasseio RENAULT**, modelo **LUGAN EXP**, respectivamente, conforme exibem as fotografias de nºs 01 a 05.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO EVENTO: V-1 - MOTOCICLETA HONDA CG-150-TITAN, na cor preta, ano de fabricação 2012, modelo 2012, placa de matrícula PGE-3550-GOIANA-PE, vide a fotografia de nº. 06;

V.º - Autopasseio importado RENAULT, modelo LOGAN EXP na cor azul, ano de fabricação 2011, modelo 2011, placas de matrícula PEN-5697-RECIFE-PE, conforme retrata a fotografia de nº. 07.

SENTIDO DE TRÂNSITO DOS VEÍCULOS: V-1 - Por seu condutor, trafegava pela Avenida Fernando Vicera de Melo, considerando o sentido de Candeias/Bon Viagem.

V-2 - Por seu condutor, trafegava pela faixa de rolamento da esquerda da indústria Alumínio Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Itapemirim, todavia no mesmo sentido e direção do V-1, no entanto na vanguarda, quando naquela localidade (entroncamento de vias) fora envolvido no círculo de trânsito em conhecimento.

POSICIONAMENTO DOS VEÍCULOS: O Desenho Esquemático em anexo apresenta o local do acidente, onde se encontra assinalada a área do indicado entroncamento de via, registrando como os veículos envolvidos foram

Rua: Cândido Rondon, 1745 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22.031-080
Fone: (21) 5055.5524 FAX: (21) 503-2022 E-mail: sej@sape.gov.br

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





encontrados EMBATIDOS (COLIDIDOS), bem como exibe o repouso dos veículos envolvidos naquele espaço físico.

DANOS MATERIAIS: V-1 - Apresentava avarias aparentes em sua região frontal, lateral à direita e outras, conforme retratam as fotografias de n°s 08 a 10.

V-2 - Exibia avarias aparentes em toda sua região posterior a esquerda, para choque posterior à esquerda, lateral posterior à esquerda (fronto posterior a esquerda por reflexo e outras (vide fotografias de n°s. 11 a 13).

CONDUTORES DOS VEÍCULOS: V-1 - Não se encontrava no local no momento dos procedimentos técnicos periciais;

V-2 - Apresentou-se como condutor o Sr. Felipe Henrique Lira Brasil, portador da Cédula de Identidade de nº 7.413.146-SDS.PE, Carteira Nacional de Habilitação de nº 1219930003-DETRAN-PE, Registro de nº 06274442806 na categoria "B" com validade até 23/09/2019. (Endereço residencial também não fora fornecida por orientação da Assessoria Jurídica da Secretaria de Defesa Social).

VÍTIMAS: Consoantes informações prestadas pela autoridade de trânsito já referido, face ao ocorrido o condutor do veículo MOTOCICLETA HONDA (V-1), Ibsen Felix de Siqueira com 44 anos de idade fora lesionado e socorrido em consequência do evento de trânsito em que se reporta.

TESTEMUNHAS: Não se apresentaram a Equipe Técnica, durante a realização dos exames periciais.

III – DOS EXAMES REALIZADOS NO LOCAL DA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO EM APREÇO

A fim de proceder a uma linha de raciocínio lógico no que tange a dinâmica do fato ocorrido, o Signatário Relator responsável pelo presente Laudo constatou que o sistema de comando (direção) e de segurança (frenos) dos veículos envolvidos no acidente de trânsito em questão: MOTOCICLETA HONDA (V-1) se encontravam avariados e prejudicados e não pode ser testado em movimento; enquanto as observadas no veículo automóvel importado RENAULT, modelo LOGAN EXP (V-2), estas se

Rua Odilon Mendes, nº 300 – Centro Grão-Pará – Recife – PE – CEP: 52.031-000
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - Email: ipe@dsi.pe.gov.br

PROTOCOLO
DE OCORRÊNCIA REGISTRA

11 JAN 2019

COLABORADOR: JANEIRO PREVIDÊNCIA SA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 10



encontravam normais em seus respectivos sistemas de funcionamento, mesmo em decorrências das avarias sofridas em suas estruturas estéticas de funcionalidade, quando do fato ocorrido.

Fragments de vidros e/ou plásticos repousavam na pista de rolamento espalhados em grande parte da pista de roilamento da área em que ocorreu o evento de trânsito em notícia.

E mais, a ausência de marcas de frenagens sobre a pista de rolamento envolvendo os veículos acidentados, fica patente que o veículo MOTOCICLETA HONDA (V-1), por seu condutor, não acionou seu respectivo sistema de freios a contento, antes de se envolver no evento em que se reporta, conforme ilustra o desenho técnico anexo ao presente Laudo.

É prudente que se diga que os veículos acidentados se apresentavam com avarias com vestígios de recente atinente às suas estruturas estéticas, demonstrando respectivos envolvimentos e também interação física no espaço físico do declinado entroncamento de vias.

Cujas avarias que foram produzidas naquela interseção demonstraram compatibilidade de interação veicular entre eles, devido a sua natureza, localização, orientação e intensidade.

(IV - ANÁLISE TÉCNICA (COMO OCORREU O EVENTO))

Examinando cuidadosamente o local da ocorrência, sobretudo a área de embate, as sedes e formações das avarias nos veículos envolvidos, o repouso final dos mesmos após a colisão entre veículos, seguido de tombamento com vítima socorrida, as condições de trafegabilidade, bem como o disciplinamento do trânsito naquele setor, pôde o infra Assinado entender que o fato se verificou quando o veículo MOTOCICLETA HONDA, placa de matrícula PGE-3550-GOIANA-PE, aqui compreendido como V-1, que por seu, condutor, trafegava pela Avenida Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Boa Viagem, momento em que ao chegar ao entroncamento de vias formado pela indicada avenida com a Avenida Barreto de Menezes, sem ter a devida atenção e os cuidados necessários e indispensáveis para com a segurança do trânsito, com relação ao sentido em que ia trafegava, e aliado ainda a falta de percepção/reAÇÃO, EMBATEU (COLIDIU) violentamente com sua régua frontal contra a régua posterior à esquerda do veículo automóvel importado RENAULT, modelo LOGAN EXP, placas de matrícula PFN-5697-RECIFE-PE (V-2), aqui postulado como V-2, que por seu condutor, trafegava pela faixa de rolamento da esquerda da indicada Avenida.

Rua Odilon Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-480
Fone: (81) 3303-2634 FAX: 3303-2022 - E-mail: ijc@jpe.pe.gov.br

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CONFIDE NDE ASEGURADA SIA

11 JAN 2019

Scanned with CamScanner





Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Boa Viagem, todavia no mesmo sentido e direção do V-1, no entanto na vanguarda deste, quando naquele localidade (entroncamento de vias) fora envolvido no evento de trânsito em conhecimento.

Convém referir que os veículos acidentados foram encontrados embatidos em seus respectivos repousos finais no indicado entroncamento de vias. Tendo como detalhes a projeção e o tombamento diagonal à direita do veículo de menor massa (**MOTOCICLETA HONDA**), devido a sua inferior quantidade de massa, conforme alude o desenho técnico acostado ao presente laudo, as terem suas respectivas velocidades praticamente anuladas.

V - CONCLUSÕES

Dante dos exames realizados e de tudo quanto ficou exposto no corpo deste Laudo os infra-assinados concluiu que:

a) Em data e local já referidos, houve Acidente de Trânsito do tipo "Colisão entre Veículos, seguido de Tombamento com Vítima Socorrida", envolvendo os veículos placas de matrícula: MOTOCICLETA HONDA - PGE-3558-GOIANA-PE, compreendido como V-1 e o autopasseiro importado RENAULT, modelo LOGAN EXP - PFN-5697-RECIFE-PE, postulado como V-2;

b) Em decorrência do evento, resultaram avariados os veículos citados na alínea anterior. Admitem-se os danos pessoais no condutor do veículo MOTOCICLETA HONDA (V-1), que segundo informações prestadas pela autoridade de trânsito ali presente, face ao ocorrido, dita pessoa, fora ferido e socorrido para receber atendimento médico hospitalar de urgência em decorrência do evento de trânsito em explanação;

c) A responsabilidade pelo acidente de trânsito ora analisado, coube tão somente ao condutor do veículo MOTOCICLETA HONDA, placa de matrícula PGE-3558-GOIANA-PE (V-1), que ao trafegar sem ter, todavia, a devida atenção e os cuidados necessários e indispensáveis para com a segurança no trânsito e aliado também a falta de percepção/reação EMBATEU (**COLIDIU**), violentamente contra o veículo autopasseiro importado RENAULT, modelo LOGAN EXP, placa de matrícula PFN-5697-RECIFE-PE (V-2), provocando o evento, conforme o esclarecimento da Análise Técnica.





desenvolvida; onde mais uma vez o subsistema HOMEM, foi fator predominante para o fato ocorrer.

VI - ENCERRAMENTO

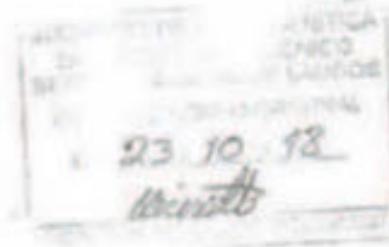
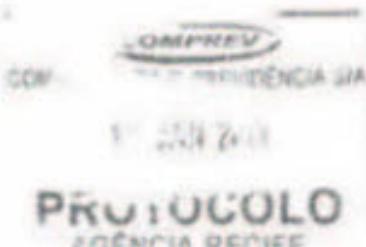
Eu, ALCIDES BUARQUE DA SILVA, Perito Criminal do Instituto de Criminalística Prof. Armando Samico, redigi o presente Laudo de Exame em Local de Ocorrência de Trânsito, que se encontra impresso no anverso de sete (07) folhas de papel tamanho oficial, a encimar o timbre do Estado de Pernambuco.

Ilustram-no com treze (13) fotografias digitalizadas e ainda com um (01) croqui, com legendas explicativas

SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL - DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA - INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO, Recife aos doze dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito (12.08.2018).

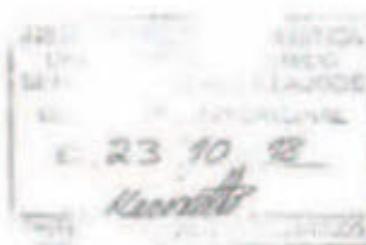
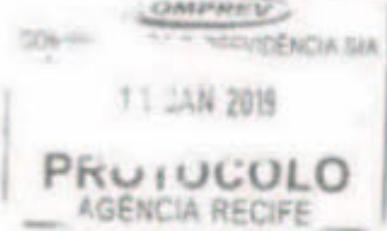
ALCIDES BUARQUE DA SILVA:
16683471487

Dr. ALCIDES BUARQUE DA SILVA
Perito Criminal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMPAIO



Rua: Odorico Mendes, nº 2080 – Campo Grande – Bento – PE – CEP: 53.031-4000
Fone: (81) 3310-2054 E-mail: almeida@bol.com.br

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Núm. 71895009 - Pág. 14



PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E ORDEM PÚBLICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE MOBILIDADE E ORDEM PÚBLICA
GERÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO DE TRÂNSITO

SECRETARIA EXECUTIVA DE
MOBILIDADE E ORDEM PÚBLICA
SERMA-14
2635
ACESSIBILIDADE
ACESSE ACESSIBILIDADE

CERTIDÃO 133-2018

Protocolo: 638

Certifico que consta nos arquivos desta Secretaria Executiva de Mobilidade e Ordem Pública, que no dia 24 de julho de 2018, às 19h54, na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 2260, ponto de referência: Drogaria São Paulo, nº 2260, bairro: Piedade, ocorreu um acidente de trânsito com vítima envolvendo o seguinte veículo:

V1– Honda/CG 150 Titan EX. Cor: Preta. Ano: 2012. Placa: PGE3550.
Condutor: Ivson Felix de Siqueira. CNH: 05.806.895.635.

V2– Renault/Logan EXP 1.0. Cor: Azul. Ano: 2011. Placa: PFN5697.
Condutor: Felipe Henrique Lira Brasil. CNH: 06.274.442.806.

Informamos que nesse acidente o Instituto de Criminalística (IC) esteve no local.

Jaboatão dos Guararapes, 04 de outubro de 2018.

Carlos Augusto Elias de Souza
Gerente de Educação para o Trânsito



Rua Zelindo Marafante nº 20 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes – PE
CEP: 54.400-370 – Fone: 3343-1857 / 0800 081 7788, trânsito.jaboatao@outlook.com

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 15



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão n° 2018APB001490 Div. Op.

Com fulcro no art. Fº XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, vedado por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(") IVSON FELIX DE SIQUEIRA , 44 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 514333 MEX -PE , inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 032.782.374-71, residente à RUA LAGUNA , nº 818, , BARRA DE JANGADA , JABOTACAO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/07/2018, por volta das 20:30 hs, no endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, 1368, PIEDADE JABOTACAO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN PRETA PGE3550-PE ; AUTOMÓVEL LOGAN AZUL PFN5697-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(") IVSON FELIX DE SIQUEIRA , inscrito sob o CPF nº 032.782.374-71 e Registro Geral nº 514333, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandado pelo(a) CB 710415-4 DIOGENES Fez transportado(s) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IMBUIBEIRAS. Registrado(a) com o protocolo nº 1113443. Ficou aos cuidados do mês XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extintos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Portaria em 20/10/2018

A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site www.corpoebmpe.com.br, consultor protocolo nº 2018APB001490

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 06.378.773/0001-44



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 16

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

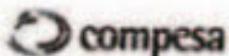
CONTA: 000000143075-0

Nr. da Autenticação 67F5D38182F6A940



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

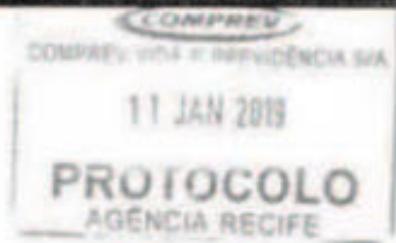
Num. 71895009 - Pág. 17



CNPJ 44.078.032-000.
INSC. EST. N° 18.1.001-A



	AL PIZZERIA 333 - Rua 0 - 157 - Maceió - Alagoas - CEP - 59043-000 Entregas	www.alpizzaria333.com.br Facebook
---	--	--



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pjte.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 19



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 reasseguro.

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 ações e situações suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Stephaney P Oliveira Salles inscrito (a) no CPF 092363604-66 / PE, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bruno Filho de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.332.347-31 / PE do sinistro de DPVAT cobertura Sinrônico, da Vítima Stephaney Oliveira da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.442.374-71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Lavandula</u>	Número	<u>35</u>	Complemento
Bairro	<u>Vasco da Gama</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado
Email	<u>Stephaney.oliveira.adv@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(81)</u>	Telefone celular (DDD)

Recife, 11 de janeiro de 2019
 Local e Data

Stephaney Oliveira
 Assinatura do Declarante

COMPREV COMPREV VIDA + PREVIDÊNCIA S/A 11 JAN 2019
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE

DLDRL001 V001/2017



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 7/11/2018

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Joséom Telêz de Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

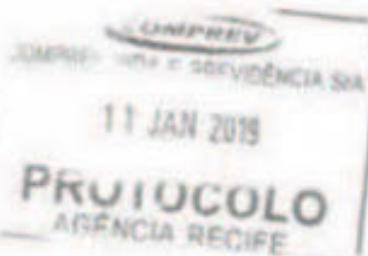
Fratura consolidada de clavos (D)
+ Sequela de fratura de clavos (D)

CID:

552 + T92

OBS: Ponto com fratura de clavos
consolidada; opõe-se sequela em
MS(D) (lunotársio evanescência de extensão), operações
do cotovelo.
V-DIAS: 1 AFASTAMENTO DE TRABALHO:
Tendo assim incompatibilidade profissional
devido à condição.

Assinatura do Médico
(Dr. Cordeiro) 039-9810287
Data: 11/11/2018
CRMPE: 29433 CRM-PB 10287





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 25/07/2018
Hora: 18:45:45
SAME: 39183

Pedido: 337436	Atendimento: 447552	Idade: 44a 4m 19d
Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA		
Médico Solicitante: CRM - 17726 JACIEL SOARES DE OLIVEIRA		
Data da Solicitud: 25/07/2018	Hora: 12:20:11	Dt. Realiz.: 25/07/2018
Convênio: SUS - INTERNACAO	Origem da Solicitud: UPA IMBIRIBEIRA	
Unidade Internação: 4 AND - TRO1	Enfermaria: TR-402	Leito: TR-402

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO DIREITO

INDICAÇÃO

Fratura do cotovelo direito.

TÉCNICA

Foram obtidas imagens axiais com posterior reconstrução multiplanar e em 3D, sem a injeção de meio de contraste.

ANÁLISE

Fratura cominutiva do olécrano, com extensão à articulação umeroulnar, com deslocamento de até 1,1 cm entre os fragmentos.

Lipohemartrose articular.

Aumento e densificação das partes moles adjacentes ao segmentos fraturados.

Dra. Jandilene Freitas
CRM 21158



RUA 15 DE MARÇO, N° 200 - CENTRO - CABO FORTALEZA CE 6400-0000

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
 Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 22



Secretaria
da Saúde



Resumo de Alta Hospitalar

402-2

PACIENTE: IVSON FELIX DA SIQUEIRA

REGISTRO: 39183

DATA ADMISSÃO: 24/07/2018

DATA ALTA: 02/08/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO D

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTE COM PLACA 3,5 + PARAFUSOS

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

2) RETORNO AO AMBULATORIO COM DUAS SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

RETORNO COM DUAS SEMANAS

36/108/18

06:30 as 08:00

Encaixe no ambulatório D: TRAUMATOLOGIA

Assinatura do M. e Carimbo
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Fundação Professor M.
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder - Caruaru
Rodovia BR 101 Sul - KM 100 - 56300-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Scanned with CamScanner



INFORMAÇÕES ADICIONAISDATA DA AVALIAÇÃO 14/09/18DIAGNOSTICO: Instituto
CataventoCONDUTA: O g

OBSEVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOSCÓD. 307 5529CÓD. 3020 5001-3010 M255CÓD. 3020 5001-3010 M245REGISTRO DE ALTA

DATA DA ALTA:

MOTIVO:

ASSINATURA

TOMAL

DATAS DAS SESSÕES

01 <u>14/09/18</u>	02 <u>28/09/18</u>
03 <u>05/10/18</u>	04 <u> / / </u>
05 <u> / / </u>	06 <u> / / </u>
07 <u> / / </u>	08 <u> / / </u>
09 <u> / / </u>	10 <u> / / </u>
11 <u> / / </u>	12 <u> / / </u>
13 <u> / / </u>	14 <u> / / </u>
15 <u> / / </u>	16 <u> / / </u>
17 <u> / / </u>	18 <u> / / </u>
19 <u> / / </u>	20 <u> / / </u>

COMPREV
COMPRA, VENDA E SERVIÇOS DE BAIXA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 16/01/18

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Ivson Félix de Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 15º DPO de fratura
do olecrano ①

CID: 552.0

OBS.: /

Nº DIAS — (—) AFASTAMENTO DO TRABALHO



Assinatura do Médico
Carimbo

COD. 38391

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





ESTE LARTÃO É PESSOAL E
INTRANSFERÍVEL EM CASO DE PERDA OU
EXTRAVIO POR GENTILEZA PROCURE A
ADMINISTRAÇÃO.



PREFEITURA MUNICIPAL DO
JABOTÃO DOS
GUARARAPES SECRETARIA
DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTA-FORMA 418/18 FONE: _____
CNS: 70040211102760
NOME: Josen Pinha da
Silveira
DATA DE NASCIMENTO: 07/03/74
SEXO: M RAÇA/COIS: _____
CEP: 54460-380
ENDERECO: Rua Xingú
Candem -
NÚMERO: 818 COMPLM.

ATENDIMENTO

DIA (S): Terça E Sexta
HORÁRIO: 09:30
PROFISSIONAL: Silvana Pires
ESPECIALIDADE: Enfermeira

CENTRO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA
FONE: 3470-4300

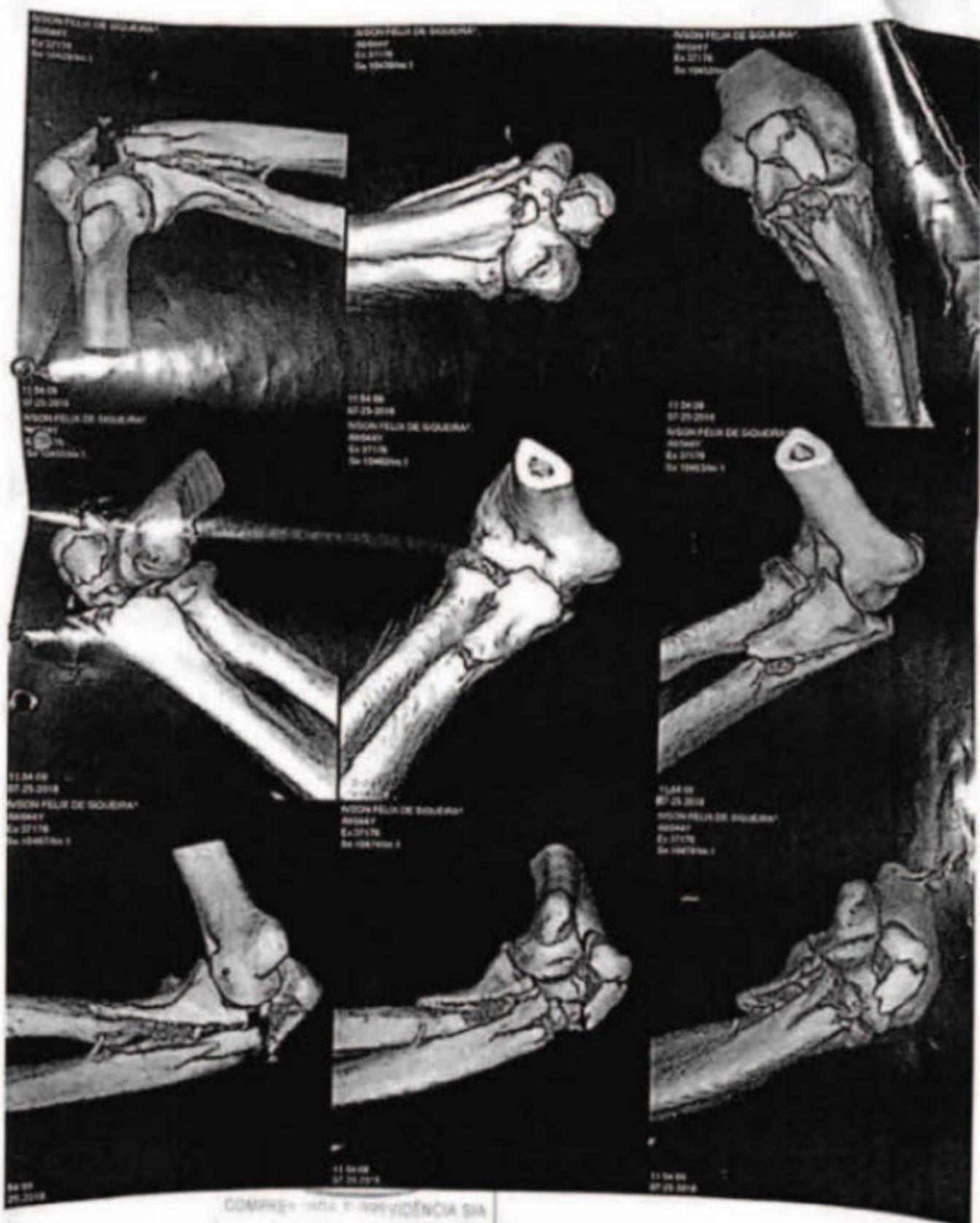


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 26



COMPRA - VENDA E PREVIDÊNCIA SA

11 JAN 2019

PROTÓCOLO

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 27



11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA BRASILEIRA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 29



11 JAN 2019

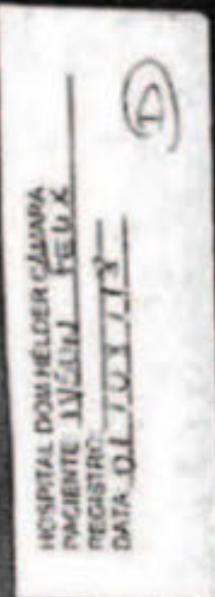
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 30



11 JANEIRO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 31

HOSPITAL DOM HILDEBRAND CÂMARA
PACIENTE: *Lucas Faria*
REGISTRO:
DATA: *27/08/2018*



11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 32

11/01/2020
01/12/2020

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 33

Woon Felix de
Siqueira
07/11/18

CORREIO MÍDIA PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

nnee with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 34

52
Iverson Felix
de Souza
03/12/1948

LEIA-ME
CONFIDENCIAL

11 JANEIRO 2019

PROTOCOLO
FACUNDA REFORMA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562812600000070485868>
Número do documento: 20120117562812600000070485868

Num. 71895009 - Pág. 35

FISIOTERAPIA

Data de Atendimento:

17/9/18

Nº PRONTUÁRIO:

39183

NOME DO PACIENTE:

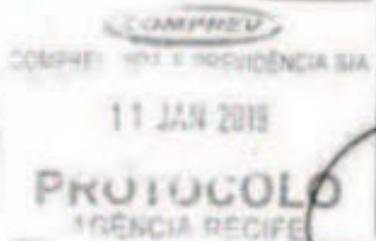
Jurim Felix da
Frugis

Nº

ent (20) SESSÕES

CID:

OBS.:



CRN 16-W-3
O. C. CRN 16-W-3
Carimbo

CÓD. 38392

Scanned with CamScanner





RECEITUÁRIO

NOME: _____

Treinamento o paciente
Josen Félix de Siqueira.
Para acompanhamento
com a treinadora Olímpia.
Assinatura

Simone Peres
Fisioterapeuta
CREFITO 50317-F



Ax. Barreto de Menezes, S/Nº - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE

CEP 54.330-900

Telefones: (81) 3476-3859 - OUVIDORIA (81) 3476-3608

Scanned with CamScanner



 <p>HOSPITAL DOM HELDER CAMARA</p> <p>Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara HMP Hospitalar CNPJ: 05.035.744/0008-60</p>		<p>Fundação Professor Martiniano Fernandes HMP HOSPITALAR CNPJ: 05.035.744/0001-04</p>
<p>CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</p> <p>FUND. MARTINIANO FERNANDES Registro: 39183 Nome: IVSON FELIX DE SIQUEIRA Mãe: JOSEFA MAROEL FELIX End: RUA 11 Entrem: BL-1 A</p> <p>Paciente: 447552 Data: 30/08/2012 Dt. Nasc: 07/03/1974 Barro: BARRO DE JANDADA Cidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES CNS: 88003501989634</p>		
<p>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Silo cirúrgico do lado correto / ou não se aplica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando</p> <p>O paciente tem alguma alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 800ml (7mL/kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p>		
<p>ANTES DE INICIAR A CIRURGIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirúrgio, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam: • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado</p> <p>Antecipação de eventos críticos: <input checked="" type="checkbox"/> Revisão do cirúrgio: Há passos críticos na cirurgia? NÃO Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? ± 1 HR; NÃO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? NÃO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? 6' PIV</p> <p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ciprofloxacino 2g <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim TK <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>		
<p>ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA</p> <p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado Intervenção de Frot - expon. edâneo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas com o nome do paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirúrgio, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente</p> <p><i>(Assinatura) - DELEGACIA SIA</i> 11 JAN 2019</p> <p>PROTÓCOLO <i>(Assinatura) - ENFERMEIRA RECIFE</i></p>		

Scanned with CamScanner

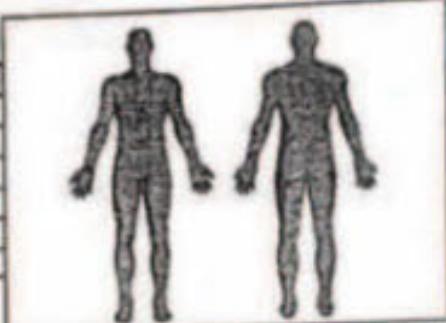


CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	José E. de Souza
Data de Nascimento:	04/07/44
Registre:	39.183
Setor:	700
Leito:	M02-2

SINAIS VITAIS	
PA:	_____
Observação:	_____



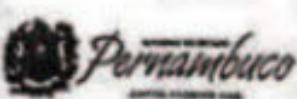
ENTREVISTA					
HIPERTENSO:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	MEDICAÇÃO EM USO:	_____
DIABÉTICO:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	MEDICAÇÃO EM USO:	_____
HÁBITOS:	TABACISTA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	HA QUANTOS ANOS: _____ Queda:
	ETILISTA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	HA QUANTOS ANOS: _____ Queda:

EXAMES SOLICITADOS					
IMAGEM:	<input checked="" type="checkbox"/>	TAC c/ Contraste:	<input type="checkbox"/>	USO:	<input type="checkbox"/>
		TAC c/ Contraste:	<input checked="" type="checkbox"/>	RNM:	<input type="checkbox"/>
				ECG:	<input type="checkbox"/>
PARECER CARDIOLÓGICO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	_____	Risco Cirúrgico:
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	_____	GRUPO SANGUÍNEO:
RESERVA DE LEITO DE UTI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	Qualif. UTI:	LEITO:

ALERGIA		COMPROMISSO:	USO DE SONDAS:			
SIM:	Qual:	_____	SNE:	<input type="checkbox"/>	NÃO:	<input type="checkbox"/>
NÃO:	Observação:	_____	SVB:	<input type="checkbox"/>	Outra:	_____
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: 11/04/2019						
SIM:	Qual:	_____	DIRENO:			
NÃO:	Observação:	_____	SIM:	<input type="checkbox"/>	NÃO:	<input type="checkbox"/>
SIM:	Qual:	_____	Qual:	_____		
NÃO:	Observação:	_____	Locat:	_____		
PROTÓCOLO						
AGÊNCIA RECIFE						

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE								
JEJUM:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO:	_____	A partir do dia 29/04/19 às 22:00 Observação:			
HIGIENIZAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO:	_____	Observação:			
TRICOTOMIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO:	_____	Observação:			
RETRATO ADOBRNOS:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO:	_____	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:			
CRURGIAS ANTERIORES:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO:	_____	SIM:	<input type="checkbox"/>	NÃO:	<input type="checkbox"/>
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO:	_____	Qualif/Datas:			
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO:	_____	Qualif/Datas:			
Enfermeiro Responsável: (Assinar e Carregar)	<i>Silviano Cordeiro Enfermeiro CNPJ 336.918</i>				COD. 3846			





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Tyrian Felix de Siqueira Data: 25/07/18 Hora: 00:20h Pagina: 39/83
 Convênio: SUS Lote: _____ AFM: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Doutor: Dr. Cláudio Olmos - Assessoria: _____
 Assistente: Dr. Ana Paula - Instrumentador: Deus

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Doutor: Dr. Cláudio Olmos - tipo de cirurgia: Doença de Piloncilo - Data: 08/07/18 - Hora: 01:20
 Assistente: Dr. Ana Paula - Técnico: Deus - Técnico: 00:40

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> grave
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confusa	<input type="checkbox"/> Coma
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Estimulada	<input type="checkbox"/> Hiperventilação
Motricidade:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao	

Chegou no CC em uso de: _____
cadeira de rodas

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição Fowler:	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Semi	<input type="checkbox"/> Vertical	<input type="checkbox"/> Ginecológica	<input type="checkbox"/>
Seringa de Sangue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laboratório	<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Pega Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Sim

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Estetoscópio de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>	PW	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba ECG	<input type="checkbox"/> Aspirador	<input type="checkbox"/>
Endoscópio Táctil	<input checked="" type="checkbox"/>	Blaster Ultrassônico	<input checked="" type="checkbox"/>	Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor	<input type="checkbox"/> Coagulador	<input checked="" type="checkbox"/>
Stetoscópio Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Laser da Plata	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Centro de Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/>	Ondopressor	<input type="checkbox"/>	Anestesista	<input type="checkbox"/>			
Ap. Video	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba de Inflado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Urgêncio	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Protetor	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Uso Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Outros:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

5.1.1 - PROCEDIMENTOS:

Cirurgia Ortopédica:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	Punção Venosa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>
Sonda Urinária de Cremosa:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	Sonda Gástrica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>
Drainagem (Tipo e Lugar):	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>				
Desidratado (Tipo e Lugar):	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>				

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTÉSICO:	<input type="checkbox"/>	CRURAL:	<u>P. MMSS + 000 ml de soro</u>
<u>bid. clorbutimol +</u>	<u>500 ml</u>		
<u>água destilada</u>			

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente:	<input checked="" type="checkbox"/> Apertado	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Enxaque	<input type="checkbox"/> Tensão	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/>
Enxamputado para:	<input checked="" type="checkbox"/> Sono	<input type="checkbox"/> Aconselhável	<input type="checkbox"/> LIGAR	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> Circulação	<input type="checkbox"/>

25/07/18 01:30 Isabellle 11 JAN 2019

COG: 38407

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





Número: **0064094-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71895 010	01/12/2020 17:56	Protocolo de Entrega de Documentos 2	Outros (Documento)

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Isabela Fábio de Siqueira Data: 01/06/18 Registro: 59183
 Convênio: SUS Uleito: 402-02 Hora: 14:34

2. Equipe médica:

Cirurgião: DR. Gólio 1º auxiliar: DR. Tropiçoca
 Anestesista: DR. Yves Instrumentador: Kakimo
 Circulante: Regina

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap	03/07/2018	HDH 0105-HNCO 31.07.18 02
Agrete	31.07.18 01	U1.06.18 02
Rentier	31.07.18 02	31.07.18 02
Lâmina 3,5 Branca	31.06.18 02	31.07.18 02
Ricardinho	31.07.18 02	31.07.18 02
Menor oftáptico	31.07.18 02	31.07.18 02
Menor braço	31.07.18 02	31.07.18 02
Luxo	31.07.18 02	31.07.18 02
Smach 10 em	31.07.18 02	31.07.18 02
Atadura 10cm	31.07.18 02	31.07.18 02
	24.07.18 02	HDH 0105-HNCO 31.07.18
	31.07.18 01	31.07.18 02
	31.07.18 01	31.07.18 02
	05.08.182361	31.07.18 02
	HDH 0105-HNCO	24.07.18 02
	29.07.18 02	31.07.18 02
	05.08.182795	24.07.18 02
		24.07.18 02
		31.07.18 02
		05.08.182795

ENP - PREVIDÊNCIA BRASILEIRA

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

Nome: <u>José... - Fábio</u>	Regist.:	Leito:
Procedimento cirúrgico: <u>Interv... 5h</u>	Data:	Hora:
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade []	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada []	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Aferir horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalação de manter oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padão de eliminação urinária [] Diminuído [] Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de _____ / ____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (igar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição	
4. Dor [] Local: <u>TD</u> () Leve () Moderada () Severa	<input type="checkbox"/> Registrar tipo [] Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Realizamento em região suprapúbica [] Absência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada []	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento [] Local: <u>TD</u> () Leve () Moderada () Severo	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada _____ / ____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ / ____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo occlusivo por _____	03/08/2010
7. Imobilidade no leito prejudicada []	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / ____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo occlusivo <input type="checkbox"/> Outros	03/08/2010

ODD. 38605



Scanned with CamScanner



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HUMANOUS
8. Desidratação (+)	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE	
9. Êmese (+) Náusea (-)	<input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico (-)	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input type="checkbox"/> Taquicardia; <input type="checkbox"/> Palidez cutânea; <input type="checkbox"/> Pulso irregular; <input type="checkbox"/> Pele fria; <input type="checkbox"/> Perda da Consciência Outros	
12. Risco de Infecção (-)	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais fisiológicos Local: <input type="checkbox"/> UVA/RC <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações: <input checked="" type="checkbox"/> Dor, <input type="checkbox"/> Calor, <input type="checkbox"/> Rubor, <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

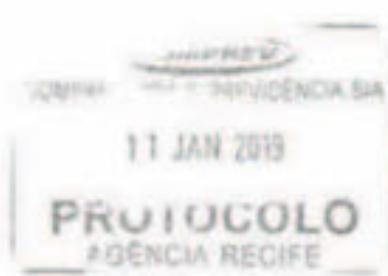
FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglobínose

AVP - Acesso Venoso Periférico

<i>T-ols Olivais Enfermeiro(a) Carmem Etaria</i> ENFERMEIRO(A)-D-	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



Scanned with CamScanner



1. Identificação

Nome: JUNIOR FÉLIX data: 25/01/18 Lote da SRPA: 03
 Leito de origem: _____ hora: 01:32 Registro: 39183

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Laringotraqueotomia
 Tipo de anestesia: General
 Equipe: Dr. Edmundo Anest. Anestesista: Dr. Ana Lucia

3. Admissão

Estado geral: Bom Regular Torporoso Grave
 Respiração: Espontânea Assistida não invasiva Entubado Traqueostomizado
 Sonda: IVD SNG SNE
 Acesso Venoso Periférico: Não Sim Onde: MSE
 Acesso Venoso Central: Não Sim Onde: _____
 Drenos: não sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 125/78 mmHg FR: 12 /min FC: 62 /min SaPO2: 97%
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	01:45	02:00	02:30	03:00	03:30	04:30
FR	125/78	123/77	114/79	119/65	131/67	121/60
FC	—	—	—	—	—	—
SaPO2	98%	99%	96%	96%	98%	100%
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

 CORTE: _____
 CORTE: _____

6. Alta da SRPA

11 JAN 2019

Sinais vitais: PA: _____ FC: PROTÓTILO Glasgow: _____

Destino: Enfermaria UTI Emergência Ambulatório Residência

Data: 25/01/18 Horário: 01:40 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: ho

Scanned with CamScanner



PACIENTE:	JOSEMA FELIX DE SOUZA			DATUM:	01/12/20
CIRURGÃO:	DR. ADALBERTO GOMES			IND:	50172
ANESTESISTA:	DR. JOAO GOMES			AUXILIAR:	DR. JOAO GOMES
CIRURGIA:	INTERVENTORIO PDI-SP			ANESTESIA:	DR. JOAO GOMES
ESTRUMENTADOR E LARANJA:				COORDENAÇÃO DO BLOCO:	
CIRULANTE:	DR. JOAO GOMES			CORPO:	46206
ENFERMEIRA:	DR. JOAO GOMES			HORARIO INICIAL:	10:50
				HORARIO FINAL:	10:50
DESCRÍPCAO MATERIAL USADO EM SALA					
ADULTOS					
TIRES	100	200	400		
CARDIOLOGIA	STETOSCOPIA	RADIOS 20	RADIOS 30		
ATADURAS					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM		
DESSADA 10CM	DESSADA 15CM	DESSADA 20CM	DESSADA 30CM		
CANULAS					
TRANSPONTE 10	TRANSPONTE 15	TRANSPONTE 20	TRANSPONTE 25		
TRANSPONTE 30	TRANSPONTE 35	TRANSPONTE 40	TRANSPONTE 45		
CATETER					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 10	BUNICLAINE 10		
PERITONEAL 10	JELCO 10	JELCO 10	JELCO 10		
JELCO 20	JELCO 20	JELCO 20	JELCO 20		
LIMPADORES					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400		
CURATIVOS					
ADAPTIC	VERA	PLASTIC	TELA MARLE		
BANDAGENS					
BOMBA	BOMBA FOTO	FISIOTER	FISIO MACRO		
EXTENSORES					
20CM	40CM	60CM	120CM		
LAMINAS					
BISTURI 10	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20		
BISTURI 20	BISTURI 24	BISTURI 30	BISTURI 35		
LIVRARIA					
LIVRA 7,0	LIVRA 7,5	LIVRA 8,0	LIVRA 8,5		
SERINGAS					
1ML	2ML	5ML	10ML		
20ML	50ML	100ML	CATETER		
AVVENTAL CIRÚRGICO COLOSTOMIA COMPRESSAS CAPA PLASTICO					
COLEY ABERTO COLET FECHADO CONGELADO JUGAS CONEXAO VNAZ					
ALGODODOS PETRO LIMOF	GAZER	CREPAN			
ATM CROMOLICO	LATER	TOURNIETRA JUGAS PRESSION URINA			
SCALP 20	SCALP 30	TRANSFER TRANS PRESSAO			

BRINHOS			
KHEK 8	KHEK 10	KHEK 12	KHEK 14
KHEK 16	SUCCEA 12	SUCCEA 18	SUCCEA 24
BLAKER 100%	BLAKER 14%	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 20	TORAX 26	TORAX 32	TORAX 38
BOMBAS - DURMA ANESTESIA ENFRENTADA			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ 10	ENDOTRAQ 12	ENDOTRAQ 18
ENDOTRAQ 12	ENDOTRAQ 14	ENDOTRAQ 16	ENDOTRAQ 18
ENDOTRAQ 14	ENDOTRAQ 16	ENDOTRAQ 18	ENDOTRAQ 20
ENDOTRAQ 16	ENDOTRAQ 18	ENDOTRAQ 20	ENDOTRAQ 22
FOLEY 10ML	FOLEY 15ML	FOLEY 20ML	FOLEY 25ML
FOLEY 20ML	FOLEY 25ML	FOLEY 30ML	FOLEY 35ML
FOLEY 30ML	FOLEY 35ML	FOLEY 40ML	FOLEY 45ML
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 16	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARBONICA	
CROMATO 2	CROMATO 3-0	CROMATO 4-0	
CROMATO 4-0	SIMPLEX 2-0	SIMPLEX 3-0	SIMPLEX 4-0
SIMPLEX 3-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 10-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 3-0	POLIESTER 4-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLINE 3	PROLINE 4
PROLINE 3	PROLINE 5-0	PROLINE 6-0	PROLINE 8-0
VICRYL 2	VICRYL 3	VICRYL 4-0	VICRYL 5-0
VICRYL 3	CERA FUSCO	MARCAPASSO	VALVENT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
MONOCRYL 3-0	ACD 3	ACD 4	ACD 5

CÓD. 58407

COMPRA - VENDA E PREVENDA SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



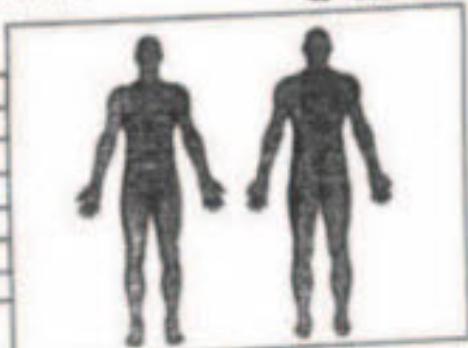
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: _____

Hora: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Name: Silvano Fullwitz SAGABAMING	
Data de Nascimento: 11/11	Registro: 50183
Sexto: TRU	Lote: 1602-T

SINAIS VITAIS	
P.A.: 11	H.R.: 80
Observações:	



ENTREVISTA		
HIPERTENSO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	<input checked="" type="checkbox"/> TABAGISTA <input type="checkbox"/> NÃO	RA QUANTOS ANOS: _____ Outra: _____
	<input checked="" type="checkbox"/> ETILOSTA <input type="checkbox"/> NÃO	RA QUANTOS ANOS: _____ Outra: _____

EXAMES SOLICITADOS		
IMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC c/ Contraste <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> ELETRO	LABORATORIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____
TAC c/ Contraste <input type="checkbox"/> ENAM <input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> Observação: _____		
PARECER CARDIOLÓGICO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Risco Cirúrgico: _____	
RESERVA DE HEMODERIVADOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	GRUPO SANGUINÍSTICO: _____	
RESERVA DE LEITO DE UTI: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qualif. UTI: <input type="checkbox"/> LEITO: _____	

ALERGIA			USO DE SONDAS
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO: _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Outra: _____
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: <i>azalatina</i>	<input type="checkbox"/> DRENTO	_____
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO: _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Outra: _____
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local: _____
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE				
JEJUM:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A partir do dia <u>30/07/2018</u> h. <u>20h</u>	Observação: _____	
HIGIENIZAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Não	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Não	Observação: _____	
RETRATO ADORNOS:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Não	RETRATO PRÓTESE DENTÁRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CIRURGIAS ANTERIORES:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual/Outras: <u>14/01/2018</u>		
NÃO <input type="checkbox"/> MIE				
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual/Outras: <u>15/01</u>		
NÃO <input type="checkbox"/> MIE				
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Observação: _____
NÃO <input type="checkbox"/> CORPO				

Enfermeiro Responsável: Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior
(Assinatura e Carimbos)

COD: 38404

11 JAN 2018

PROTOCOLO

Scanned with CamScanner





Dona MÁDIA CÂMARA

Data: 21 / 01 / 20

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

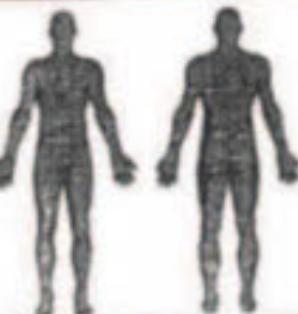
Hora: _____



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SARAIVA FÁTIMA DA SILVEIRA
 Data de Nascimento: 07/03/1973
 Setor: TECO

Regist: 39153
 Letra: 402-02



SINAIS VITais

PI:	170	± 10	T:	36	± 1	HGT:	55
-----	-----	------	----	----	-----	------	----

Observação: _____

ENTREVISTA

HIPERTENSÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	<input checked="" type="checkbox"/> TABAGISTA: SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Na quantidades maiores: _____ DATA/HORA: _____
	<input checked="" type="checkbox"/> ETILOSTA: SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Na quantidades maiores: _____ DATA/HORA: _____

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM:	<input checked="" type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> TAC c/ Contraste	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> LABORATORIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
					Observação: _____		
PARECER CARDIOLÓGICO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	X		Necess. Cirúrgico: _____		
RESERVA DE HEMODISERVADOS:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	X		GRUPO SANGUÍNEO: _____		
RESERVA DE LEITO DE UTI:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	X		Qual?: UTI: _____ LEITO: _____		

ALERGIA

<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL: _____	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
		OBSERVAÇÃO: _____			OBSERVAÇÃO: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL: _____	<input checked="" type="checkbox"/> DREN	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
		OBSERVAÇÃO: _____			OBSERVAÇÃO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL: _____			Local: _____
		OBSERVAÇÃO: _____			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> À partir do dia: _____	<input type="checkbox"/> Observação: _____	
HIGIENIZAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Observação: _____		
TRICOTOMIA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Observação: _____		
RETRATO ADORNOS:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> RETRATO PRÓTESE DENTÁRIA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CIRURGIAS ANTERIORES:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quais/Datas: _____		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quais/Datas: _____		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Observação: _____	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Observação: _____
			LATERALIDADE DEMARCARADA: _____	<input type="checkbox"/> NÃO	

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carregar)

CÓD. 3849

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RENNER

Scanned with CamScanner



Via de Cirurgia: 37273
Paciente: 39183
Convênio Alend.: 1
Leito: 704
Dt. Inicio: 01/08/2018 18:00 Dt. Fim: 01/08/2018 18:41

Nº: 0003 SALA 03
IVSON FELIX DE SIQUEIRA
SUS - INTERNACAO
402 - 02 - LT TRAUMA

Atendimento: 447552
Carteira:
Idade: 44 Anos

| Pré-Operatório:
Pós-Operatório:

Procedimento: 0408030647 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVÉLO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 38 BLOCO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

CIRURGIAO: 13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
ANESTESISTA: 7817 MARCIA LEVY TEMPORAL DE MELO

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + GARROTEAMENTO E ESVAZIAMENTO DE MSD
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM REGIÃO POSTERIOR AO COTOVÉLO DIREITO
5. DISSECCAO POR PLANOS
6. VISUALIZAÇÃO DA FRATURA + LIMPEZA COM SF 0.9% + REDUÇÃO DA FRATURA
7. FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 10 Furos + 8 PARAFUSOS CORTICais*
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. RETIRADA DO GARROTE E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL
11. TALA AXIOPALMAR DIREITA

Achaos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

JF. LEVY CANEJO
Ortopedia / Traumatologia
CRM-13783 - TEDT 11153

DRA: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: YVONI FELIX DE SOUZA
 Data de Nascimento: 07/03/1974 Data Atendimento: 24/01/2018
 Prontuário: 0000308529 Cód. Atendimento: 07/03/1974
 Nome do Hospital: HDM
 Senha: 5476405
 Transporte: Ambulância Básica Ambulância Hospitalar
 Acompanhamento Médico
 Observação: FRATURA EXPOSTA DA ULNA DIREITA

Anderson Ary Dias
 CRM 21731

24 de Julho de 2018
 ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
 CRM: 21731





62-2

verso de Cirurgia: 37176
Paciente: 36183
Domicílio Atend.: 1
Leito: 645
Dt. Inicio:
1 Pró-Operatório: 3520
1 Pós-Operatório:

Sala: 0903 SALA 03
VISION FELIX DE SIQUEIRA
SUS - INTERNACAO
BL-1 A
Dt. Fim: 25/07/2018 01:17
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Assentamento: 447552
Carteira:
Idade: 48 Anos

Procedimento: 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVelo (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 74 BLOQ DE NERVOS DE MNISS

MÉDICO: 14508 EDUARDO JOSE FARIA DE QUEIROZ

Duração Cirúrgica:

F. URA EXPOSTA DE OLECRANO > 06 H

PROGNÓSTICO RUM, ALTA CHANCE DE INFECÇÃO. AGUARDA SEGUNDO TEMPO PARA FIXAÇÃO

01. DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO METICULOSO
02. LIMPEZA EXAUSTRIVA COM SF0,9%
03. OBSERVAÇÃO DE FRATURA COMINUTA: DISCUTIR NECESSIDADE DE PLACA BLOQUEADA X BANDA DE TENSÃO
04. NOVA LIMPEZA COM SF0,9%
05. SUTURA POR PLANOS
06. CURATIVO
07. TALA AXILÓ PALMAR *OK*

AGUARDA SEGUNDO TEMPO PARA FIXAÇÃO DEVIDO À ALTA CHANCE DE INFECÇÃO NESTE TEMPO

Unidade Cirúrgica:

Descrição Complementar:

E
CRM: 14508

CRM: 14508

CRM: 14508



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 24/07/2018 23:08

Nome Paciente:	IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:	39183
Data de Nascimento:	07/03/1974
Sexo:	Masculino
Idade:	44
Senha:	0063
Convênio:	2 - SUS/SIA AMBURG
Atendimento:	447550
SAME:	39183

Período: 24/07/2018 23:19 - 24/07/2018 23:20

ITAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGÊNCIA-VERMELHO**

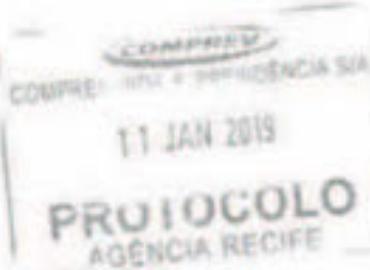
Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELO SAMU COM SENHA 5475405, UPA DA IMBIRIBEIRA-HD.
FRAT. EXPOSTA EM ULNA D, APOS ACIDENTE DE MOTO X BICICLETA, MNEGA DESMAIO
+ VOMITO,SIC TONTURA, NEGA HAS + DM + ALERGIA, DIRECIONADO A ÁREA
VERMELHA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acionado(a) por: ITAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 24/07/2018 23:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>
Número do documento: 20120117562839400000070485869

Num. 71895010 - Pág. 13



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO



Nome: <u>Alisson Telles da Cunha</u>		Registro: <u>591423</u>	Lefto:		
Procedimento Cirúrgico: <u>Fractura do esterno</u>		Data: <u>34/10/18</u>	Hora: <u>10:00</u>		
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			
1. Ansiedade		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ____ h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (igar tormenta, compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no bloco anestésico <input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo adesivo por ____ h <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pincar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionador) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição <input type="checkbox"/> Outros		HORÁRIOS	
2. Ventilação prejudicada ()					
3. Padrão de eliminação urinária					
() Diminuído () Aumentado					
4. Dor ()					
Local: _____ () Leve () Moderada () Severa					
5. Integridade tissular prejudicada ()					
6. Sangramento ()					
Local: _____ () Leve () Moderado () Severo					
7. Imobilidade no leito prejudicada ()					

PROTOCOLO
RECIFE

Scanned with CamScanner



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____ h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosas <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar aspecto e quantidade de episódios <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input checked="" type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____ / ____ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ h. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulo irregular; () Pele fria; () Perda de consciência. <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco para infecção ()	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais fisiológicos Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alterações (+) vermelho; (-) rubor; (+) edema. <input checked="" type="checkbox"/> Outros	
13.	<input type="checkbox"/> Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglobioteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARAMBO		ASSINATURA E CARAMBO	
11-JAN-2019		Shirley 21/09/1	

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



00967 : 20/08/2013



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESO



Atendimento: 451745
Data e Hora: 16/08/2018 11:59

Especialidade:

Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 07/03/1974 Idade: 44 anos
Convenio: 2 SUS/SA SAÚDE
Nome da Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX
Nome do Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA
Estado Civil: CASADO
Nome do Médico: MARIA REGINA SILVA DE SATURNO
Endereço: RUA 11
Cidade/UF: JACOBINA DO GUARARAPES PE
CRM: 454549
RG (Identidade): 41005411
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03278237471
CRN (Certidão de Registro de Nasc):
Bairro: BARRA DE JANGADA

SSP

Usuário Atendimento: LAISABR
Data de Emissão:
Fone: 8134215862

Data de Emissão CRN:

HDA - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

EXAME FÍSICO

Temperatura: 37.1
Pressão Arterial: 120/80 mmHg
Peso: 75 kg
Altura: 1.75 m
Outros:

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno:

Horas do Retorno:

Médico do Retorno:

Notações:

COMPREF
COMPREF - UNI. DE PROVÍNCIA S/A

11 JAN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

20/08/2018
3618832
1/ptadene
1/tanina

CONSULTA DE DIAFRAGM
Localização: 101 de jardim paulista
Catalado 1160818
folha

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>
Número do documento: 20120117562839400000070485869

Num. 71895010 - Pág. 16



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 447552

Data e Hora do Atendimento: 24/07/2018 23:47

Usuário do Atendimento: ANDERSONAMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Prontuário: 39183

Nome da Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX

Data do Nascimento: 07/03/1974

Idade: 44 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 41009611

SSP:

Data Emissão:

CPF: 03276237471

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898003901989635

Ocupação Habitual: SERVENTE

Endereço: RUA 11

BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54495220

Fone: 8184216692

DADOS DO ATENDIMENTO

.Igem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Letre: BL-1 A

Acomodação: BLOCO CIRÚRGICO - RPA

TERMO DE RESPONSABILIDADE
 Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, 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, 24/07/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Alta:

Diagnóstico:

Linfoma fechado com celoma

Procedimento:

Plata 35 cm x 40 cm x 0,025 cm

Alta em:

Horas:

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

COMPRA - VENDA - SERVIÇOS SA

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CCIH
HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
02/08/18

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869

Número do documento: 20120117562839400000070485869

Num. 71895010 - Pág. 17



Dove Hiller Camera

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA



DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade ()		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada (✓)		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar (✓) Manter (✓) Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de _____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (figar temeira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros	
4. Dor (✓) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada 304 / 24 h	
5. Integridade tissular prejudicada (✓)		<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ / ____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo exclusivo por ____ h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Alterar pressão arterial de _____ / ____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo odusivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (fracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição	

1000



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>
Número do documento: 20120117562839400000070485869

Núm. 71895010 - Pág. 18

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	15/30 min. 15/30 min. 15/30 min. 15/30 min.
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de espiradas <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal: () Diminuída () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 15/30 min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco de Infecção (✓)	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: AJP <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações (✓ dor; ✓ Calor; ✓ Rubor; ✓ Edema) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoseste

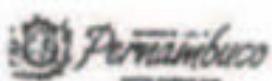
AVP - Acesso Venoso Periférico

Reflexo Respiratório Estimulado COREMEPE 345.127	ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARAMBÔ		ASSINATURA E CARAMBÔ		



Scanned with CamScanner





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Letra: _____

Data/Hora
26/04/18

Serviço Social #
Realizada visita ao leito, entre
visita social prestada orienta-
ção sobre Requerimento DPVAT e
fluxo hospitalar.

27/01/18

Hospital H

Hf) já gerou no sistema
aparecendo miliar de trans-
ferência para o paciente
outro hospital.

EGR / HSO / col. logan



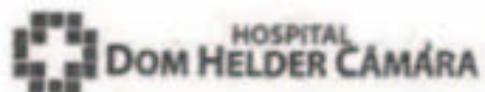
COMPRE AQUI [www.vivencias.com.br](#)

11 JAN 2019

PROTOCOLO

Scanned with CamScanner





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leitura: _____

Data/Hora	Atividade
26/04/18	# Síntese Social # Realizada visita ao leito, entrevista social, prestada orientação sobre seguro DPVAT e fluxo hospitalar.
22/01/18	Hospitalizado H
	Pf já gerou os atos apresentados anteriormente. Se houver necessidade de fazer outros exames.

www.ijerph.com

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECRE

Scanned with CamScanner



1. Identificação

Nome: Joséem Felix de Siqueira Leito da SRPA: 01
 Data: 01/01/18 Hora: 16:20 Registro: 351936
 Leito de origem: Int - D.R.

2. Procedimento cirúrgico

Ortopedia: Ilíaco Ect. rotulado D
 Tipo de anestesia: Efepg Plus Propofol
 Equipe: Dra. Valéria Corrêa Anestesista: M.D. André Guedes

3. Admissão

Estado geral: Bom Regular Torporoso Grave
 Respiração: Espontânea Assistida não invasiva Enxilado Traqueostomizado
 Sonda: SVD SNG SNE
 Acesso Venoso Periférico: Não Sim Onde: YMS
 Acesso Venoso Central: Não Sim Onde: _____
 Drenos: Não Sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 124x75 mmHg FR: 16 min FC: 67 bpm SaPO2: 100%
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	<u>124x75</u>	<u>126x75</u>	<u>119x72</u>	<u>116x72</u>	<u>116x72</u>	
FR	—	—	—	—	—	
FC	89	62	62	60	58	
SaPO2	97%	98%	100%	100%	100%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

Destino: Enfermaria UTI Emergência Ambulatório Residência

Data: 01/01/18 Horário: 19:20 Responsável pelo encaminhamento: Dr. Guedes

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dr. Guedes
Assinatura
01/01/18

COMPRA-SEU-PROTÓCOLO
CONVENIÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA		Fundação Professor Matheus Fernandes
	Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara MFP Hospitalar CNPJ: 05.331.744/0008-60	MFP HOSPITALAR CNPJ: 05.331.744/0001-94
CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA		
FUND: MARTINIANO FERNANDES Registro: 38183 Nome: IVISON FELIX DE SIQUEIRA Mae: JOSEFA MANOEL FELIX End: RUA 11 CEP: 403 - QD - LT TRALMA	Alendriente: 447352 Lote: 704	Di.Cad: 30/09/2012 Di. Nasc: 07/02/1974 Bairro: BARRA DE JANGADA Cidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES CNE: 8880038011888631
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
<input checked="" type="checkbox"/> Continuação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado <input checked="" type="checkbox"/> Sílio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		
<input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiista e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado Antecipação de eventuais críticas: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Há possíveis críticas na cirurgia? <input checked="" type="checkbox"/> SIM Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <input checked="" type="checkbox"/> 2h30min		O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica Exames de imagem estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Não se aplica
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA		
A enfermeira confirma verbalmente com o equipe: <i>Ho. cirur. Fnat + colococeo</i>		<input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) <input checked="" type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas com o nome do paciente <input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvidos <input checked="" type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente <input checked="" type="checkbox"/> SIM		 Ana Paula Henrique Enfermeira COREN-PE 245-127 11 JAN 2015
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE		

Scanned with CamScanner





PACIENTE:	Scandinavia - Dr. Silviano			DATA:	03/01/23
CURSO/CLASSE:	1º Ano			MATERIAL:	Material
ANESTESISTA:	Dra. Silvana			ANESTÉSICO:	Sedativo
CHURRUA:	No PCH TECNICO DE FOLHOS II.			COAGULACAO DO BLOCO:	Não
ESTRUMENTADOR:	Kátia			CONTEN:	1475-510
CIRCULANTE:	Kaque			HORARIO INICIAL:	
ENFERMEIRA:	Kátia			HORARIO FINAL:	
DESCRICAÇÃO MATERIAL USADO EM SALA:				DESCRICAÇÃO MATERIAL USADO EM SALA:	
ABRILHANTES				BRINS	
1000 ml	250 ml	100 ml	50 ml	1000 ml	500 ml
CARBOPLÁSTICO	STERIFLEX	PAPEL 25	PAPEL 25	BLAKER HTR	BLAKER HTR
ATADURAS				TORAX 25	TORAX 25
CREPE 10CM	CREPE 10CM	CREPE 20CM	CREPE 20CM	TORAX 30	TORAX 30
DESKA 10CM	DESKA 10CM	DESKA 20CM			
CANULAS				BONFIM	
TRACHEOST 7.0	TRACHEOST 7.5	TRACHEOST 8.0	TRACHEOST 8.5	ENTERAL 10	ENTERAL 10
RACHEST 5.0				ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ 10
				ENDOTRAQ 15	ENDOTRAQ 15
CATETER				ENDOTRAQ 20	ENDOTRAQ 20
NASAL	CENTRAL PVC	EPICLAVIA 10	EPICLAVIA 10	ENDOTRAQ 25	ENDOTRAQ 25
PERITUBAL 11	JELCO 10	JELCO 10	JELCO 10	ENDOTRAQ 30	ENDOTRAQ 30
JELCO 20	JELCO 20	JELCO 20		ENDOTRAQ 35	ENDOTRAQ 35
LIMPADORES				ENDOTRAQ 40	ENDOTRAQ 40
CLIP 100	CLIP 100	CLIP 300	CLIP 400	ENDOTRAQ 45	ENDOTRAQ 45
CURATIVOS				ENDOTRAQ 50	ENDOTRAQ 50
ADAPTIC	KERLIX	PURA OR	TELA MARLES	ENDOTRAQ 55	ENDOTRAQ 55
				ENDOTRAQ 60	ENDOTRAQ 60
DISPENSOS				ENDOTRAQ 65	ENDOTRAQ 65
BOMBA	SUMBA FOTO	PISSIQUE	PISSO MACRO	ENDOTRAQ 70	ENDOTRAQ 70
EXTENSORES				FOLEY 20ML 10	FOLEY 20ML 10
20CM	40CM	60CM	100CM	FOLEY 20ML 15	FOLEY 20ML 15
				FOLEY 20ML 18	FOLEY 20ML 18
LÂMINAS				FOLEY 20ML 20	FOLEY 20ML 20
1000 ml	500 ml	250 ml	100 ml	NASO 10	NASO 10
500 ml	250 ml	100 ml	50 ml	NASO 20	NASO 20
				URETRAL 6	URETRAL 6
				URETRAL 8	URETRAL 8
				URETRAL 10	URETRAL 10
				URETRAL 12	URETRAL 12
				URETRAL 14	URETRAL 14
ESTOFOS CIRÚRGICOS					
ALGODÃO 5	ALGODÃO 7-8	ALGODÃO 10	ALGODÃO 10		
CHROMATO 2	CHROMATO 1	CHROMATO 10	CHROMATO 10		
CHROMATO 4-6	SIMPLEX 2-6	SIMPLEX 2-6	SIMPLEX 4-6		
	NYLON 2-6	NYLON 2-6	NYLON 2-6		
	NYLON 3-6	NYLON 3-6	NYLON 3-6		
	NYLON 10-16	NYLON 10-16	NYLON 10-16		
	POLESTER 1	POLESTER 1	POLESTER 1		
	POLESTER 4-6	POLESTER 4-6	POLESTER 4-6		
	PROLENE 2-0	PROLENE 2-0	PROLENE 2-0		
	VICRYL 3	VICRYL 3	VICRYL 3		
	VICRYL 4-0	VICRYL 4-0	VICRYL 4-0		
	SEDA 10	SEDA 10	SEDA 10		
	MONOCRYL 1-0	MONOCRYL 1-0	MONOCRYL 1-0		
	MONOCRYL 4-0	MONOCRYL 4-0	MONOCRYL 4-0		
	ACD 1	ACD 1	ACD 1		

Volume 100 % EVIDÊNCIA SIA

13 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Period: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Oficina: _____

13 JAN 2019

PROTOCOLO
2011-RECIFE

Scanned with CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
23/01/20	Homem de 21 anos, fumante de 2 pacas/dia, paciente da Equipe de Saúde da Família de São Bernardo do Sul, queixa de dor no peito e dificuldade de respirar. Pode ser Síndrome do Coração?
23/01/20	Psicologia - Desejava falar da infância, mas encerrou o ato no leito.
23/01/20	AMANDA Guerra ATENÇÃO 2020-01-23
23/01/20	Patógeno ET
23/01/20	Pt já evolutivo, aguardar alta hospitalar
23/01/20	0001000100749

SUS - PREVIDÊNCIA SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





HNP - Hospital Dom Helder Camara
BR 101 Sul Km 29 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000



RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA 44 anos 4 meses 25 dias Sexo: M

Brasileiro - DANIEL SOARES
Unidade: HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA - Ponto: SORO - INTRAVENOSO Prontuário: 39111 - Cad. Núm: Local de Entrega:
TI-TRAUMA |
Coleta: 30/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento: 07/03/1974

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Metodo	Resultado	Valor de Referência
Tempo	13,4 sec.	De 10,4 a 12,6 ms.
REC00033 - 27/07/2018 - 1181	72 %	Alividae: Superior a 70%
REC00033 - 27/07/2018 - 781	1,17	INR: Até 1,1
Metodo: PLASMA		minutos - AUTOMAÇÃO - CERPE/OLIGOCLINIC
		Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

UREIA

Resultado	Valor de Referência
24 mg/dL	De 1 a 5 anos: 10 a 30 mg/dL De 6 a 12 anos: 15 a 35 mg/dL De 13 a 19 anos: 18 a 45 mg/dL Homem até 50 anos: 19 a 44 mg/dL Homem acima de 50 anos: 18 a 35 mg/dL Mulher até 50 anos: 15 a 45 mg/dL Mulher acima de 50 anos: 20 a 43 mg/dL

REC00033 - 27/07/2018 - 101

Metodo: SORO

Metodo: UREIA

DR. LUCAS MACHADO CORDEIRO
Residente
CRM: 4009

Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

Exames Assinados Eletronicamente

"Selo Oficial do Brasil"

"Assinatura Não Captada pela LetraDigital"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa RHC da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica,

Rua: Dr. José Teixeira de Moraes, 57 Recife-PE 50133-200 Brazil - PT - Responsável Técnico: DR. LUCAS ALMEIDA CRMPF: 2222

Data de impressão: 01/12/2020 10:12:10 Página: 3/3



Scanned with CamScanner



HMP - Hospital Dom Helder Camara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Caico de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000



RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Br-Dap: 17726 - DIAZIEL SOARES
Endereço: DOM HOSPTAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 100025 - E.: ENAKOOS Prazeres/PE 54187-000. Local de Entrega:
E1-TRAJA 1
Colete: (30/07/2018 13:45:00)

Entrada: 20/07/2018 12:45:29

Data de Nascimento: 07/03/1974

CREATININA

Resultado: 0,53 mg/dL
Referência: 0,77 a 1,25 mg/dL
E750033 - 27/07/2018 - 13:47:1

Valor de Referência:
Homem: 0,77 a 1,25 mg/dL
Mulher: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SORO

Método: FICRATO ALCALINO CLÍSTICO

Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:29

PROTEÍNA C REATTIVA

Resultado: 132,0 mg/L
Referência: 0 a 5,0 mg/L
E750033 - 27/07/2018 - 13:47:1

Valor de Referência:
0 a 5,0 mg/L

Material: SORO

Método: Imunoassay

Data Assinatura: 30/07/2018 13:53:05

POTÁSSIO

Resultado: 4,2 mmol/L
Referência: 3,5 a 5,5 mmol/L
E750033 - 27/07/2018 - 13:47:1

Valor de Referência:
3,5 a 5,5 mmol/L

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

SÓDIO

Resultado: 137 mmol/L
Referência: 136 a 145 mmol/L
E750033 - 27/07/2018 - 13:47:1

Valor de Referência:
136 a 145 mmol/L

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

DNA CLÍNICA MEDICAL CONSULTA E EXAMES MÉDICOS

Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:39

Exames Assinados Eletronicamente

"Portaria Oficial do Brasil"

"Assinatura não constata pela Internefina"

"Os resultados obtidos devem ser interpretados com critica e com cautela"

Laboratório participante do programa HEM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

Rua: Dr. Júlio Tavares da Motta, 57 - Poco Fundo - 53030-250 - Belo Horizonte - MG - Fone: (31) 3221-5315

Data da impressão: 21/12/2018 08:10:22 Página: 113

INACENCIAS/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>
 Número do documento: 20120117562839400000070485869

Num. 71895010 - Pág. 32



IMIP - Hospital Dom Helder Câmara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54810-000



RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Br. (aj) 17726 - DIACERL SOARES
Unidades: HDM-HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA - Posto: 000005 - INTERNADOS Ponto Água: 391853 Cód. ALUS: Local de Entrega:
TL-TRAJAIA 1
Caixa: 03/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento: 07/03/1954

HEMOGRAFIA

Resultado Atual	Resultados Anteriores			Valor de Referência	
	Unidade Fisiológica	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo
ERITROGRAMA					
Hemácias	3,88 <small>10¹²/μl</small>	4,18	—	4,0 - 4,8	4,0 - 5,6 <small>10¹²/μl</small>
Hemoglobina	13,4 <small>g/dl</small>	13,4	—	12,0 - 18,0 <small>g/dl</small>	14,0-16,0 <small>g/dl</small>
Hematocrito	34,2 %	37,2	—	33 - 52	33 - 47 %
VCM	88,1 %	90,0	—	89 - 100	88 - 100 %
HCM	29,4 %	29,7	—	31 - 33	31 - 37 %
CHCM	33,3 %	33,3	—	33 - 35	33-35 %
RDW	13,1 %	13,8	—	10,6-15	10,6-15 %
LEUCOGRAMA					
Leucócitos	100 %	7500 <small>/μl</small>	8000	100 %	3500 - 11.000 <small>/μl</small>
Neutrófilos	74,1 %	5550 <small>/μl</small>	6000	64 - 75 %	4500 - 7000 <small>/μl</small>
Eosinófilos	7,5 %	563 <small>/μl</small>	300	1 - 8 %	100 - 800 <small>/μl</small>
Basófilos	0,7 %	53 <small>/μl</small>	40	0 - 1 %	0 - 200 <small>/μl</small>
Linfócitos	10,8 %	810 <small>/μl</small>	1000	10 - 20 %	3000 - 5000 <small>/μl</small>
Monócitos	6,9 %	518 <small>/μl</small>	500	2 - 12 %	100 - 800 <small>/μl</small>
Plaquetas	179.000 <small>/μl</small>	187	—	130.000 - 450.000 <small>/μl</small>	

Nota: Basado na orientação do International Society for Standardization Hematology na qual duas fases uma padronização para orientação de exames de hemograma, incluindo o referencial de neutrófilos e de eosinófilos com o Código Americano de Hemogramas que define que neutrófilos basófilos estão presentes em até 0,5 a 1,0% dos hemogramas normais. No padronizado pelo Laboratório Certificado do grupo DCRF existem intervalos de normalidade e resultados quando encontram-se acima de 0,5% da total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Máximo: 100 %

Data Assinatura: 30/07/2018 12:46:29

HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)

Resultado	Valor de Referência
105 mm/1h	500 - 800 mm/1h

Referência - 27/07/2018 - 101

Material: SANGUE

Máximo: 1000 mm/1h

DR. CLAUDIO MELLO CORDEIRO
DOUTORADA
CRM-PE 1000

Data Assinatura: 30/07/2018 12:46:29

Exames Auxiliares: ELETROCOAGULÔMETRO

"Máximo Oficial no Brasil"

"Máximo: 100 U/ml para Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser corrigidos com outras bases (fatores)"

Laboratório participante do programa PGM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua: Dr. Júlio Favares de Moura, 17 Pernambuco 53330-200 Olinda - PE. Responsável Técnico DR. LUCIANO ALMEIDA CHAVES 5335

Data da impressão: 01/08/2018 08:12:20 Fase: 1/1

CHAMADA
ANEXO 1 - INFORME DE
INVESTIGAÇÃO

11 JAN 2019

PROTOCOLO
EXAMES RECIFE

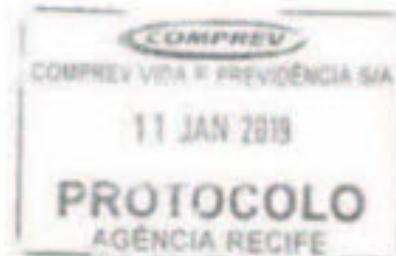
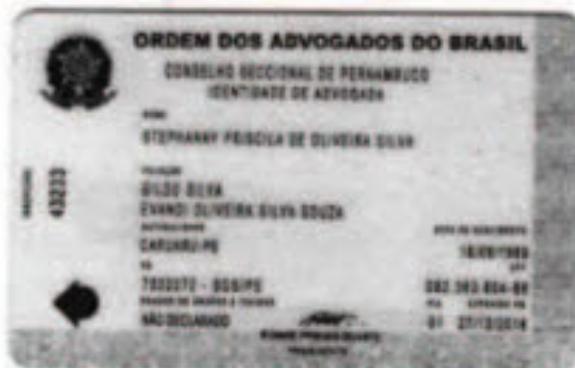
Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>

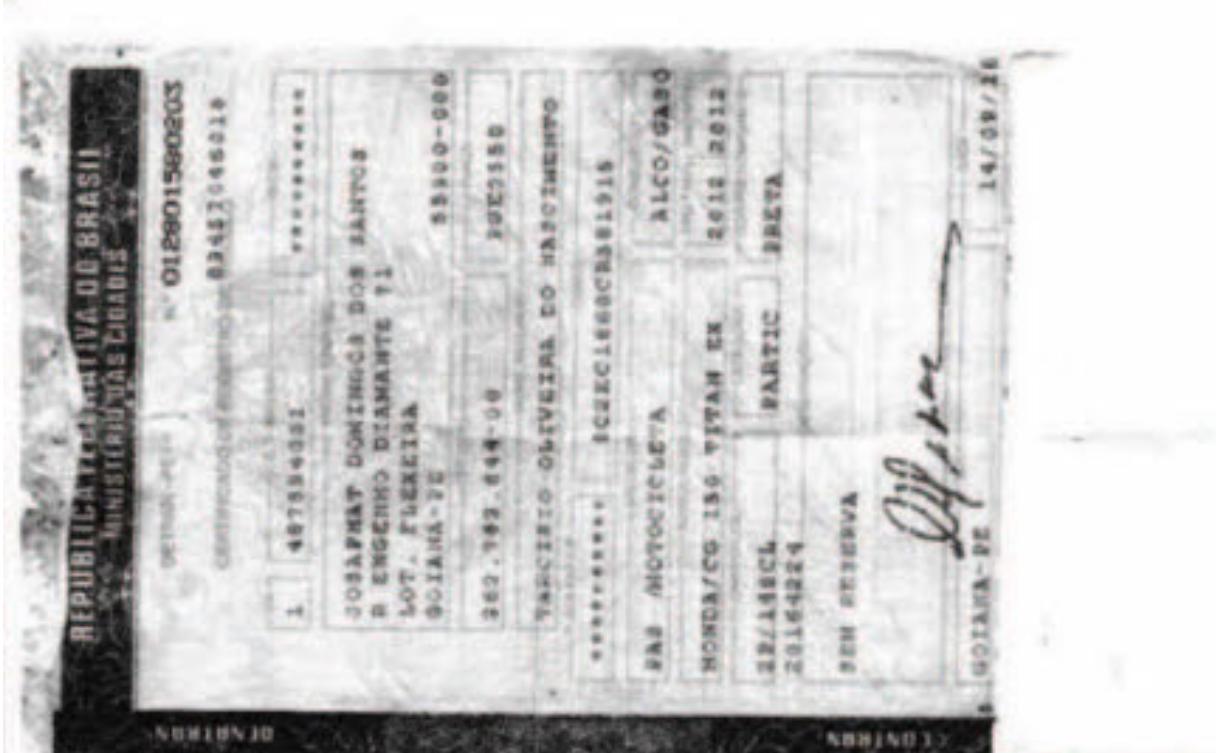
Num. 71895010 - Pág. 33

Número do documento: 20120117562839400000070485869



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>
Número do documento: 20120117562839400000070485869

Num. 71895010 - Pág. 34



ALIMENTAÇÃO PARA TRANSFERTOR DE PROPRIEDADE DE VÍNCULO ATÉ AUTONOMO O DEPARTAMENTO TECNICO DE TRABALHO DE ETAN

3.000,00

51 43 33 032 792 314-13

ABC ASTU DTS - SENSITIVE, JC-09-2017

W. H. D. - 1900

OKLAHOMA
LAW

1000 JOURNAL OF CLIMATE

Während der Auslandstätigkeit in das „Judentum“ hinein

THE INFLUENCE OF CULTURE AND ENVIRONMENT

THE AMERICAN JOURNAL OF THEOLOGY AND PHILOSOPHY.

BIBLIOGRAPHY



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>
Número do documento: 20120117562839400000070485869

Núm. 71895010 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190029201 Cidade: Jaboatão dos Guararapes Natureza: Invalidade Permanente
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA Data do acidente: 24/07/2018 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: *REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% % PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO DE COTOVELO DIREITO, PARA O SINISTRO ATUAL.

***VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO(S) ANTERIOR (ES), CONFORME DADOS ABAIXO:

SINISTRO: 2012569402

SEQUELAS: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO - 50% VALOR

AVALIADO: 4.725,00

SINISTRO: 3170647673

- LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO EM GRAU LEVE - 25 % R\$ 1.687,50.

- LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO DIREITO EM GRAU MÉDIO - 50 % R\$ 1.687,50.

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 cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

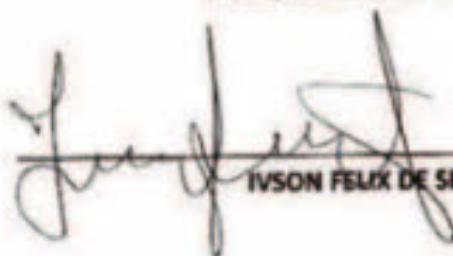
Outorgante: IVSON FELIX DE SIQUEIRA, brasileiro, solteiro, motoboy, portador da cédula de identidade RG sob o nº 514333 MEX/PE, e CPF nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na Rua Laguna, nº 818, Candeias – Jaboatão dos Guararapes, CEP 54460-380.

Outorgados: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 43.233 e PÂMELLA CAMILLA VANDERLEY DA SILVA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 47.289, com endereço profissional situado na Av. Domingos Ferreira, nº 2215, sala 101 A, 1º andar, Empresarial Santa Sicília, Boa Viagem, Recife/PE, CEP 51020-031 onde recebe intimações, e com endereços eletrônicos stephannyoliveira.adv@hotmail.com e pamellavanderley@gmail.com.

Poderes: Da cláusula "AD JUDICIA", para o Foro em geral, representá-lo junto a Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, Secretaria da Receita Federal, Cartórios, INSS, Varas de Família, Instâncias, Tribunais e Juizados, audiências, receber citações, notificações e intimações, requerer, retirar, assinar e apresentar documentos, fazer requerimentos administrativos, mover ações judiciais diversas, acompanhá-las até o fim, defendê-lo nas contrárias, fazer carga, substabelecer com ou sem reserva de poderes, adjudicar, concordar, discordar, desistir, transigir, contratar, assinar e ratificar quaisquer termos e compromissos, reconhecer, verificar, alegar e prestar declarações e informações, requerer e receber alvará judicial junto a qualquer banco, resarcimentos, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do CPC/15), constituir advogados para defender os direitos e interesses da outorgante, enfim, praticar todos os atos legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, § 1º da Lei 1.060/50, e Constituição Federal, Art. 5º, LXXXIV, que não posso arcar com custas processuais sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Recife, 05 de Novembro de 2018.


IVSON FELIX DE SIQUEIRA


COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

COMPREV
COMPREV VIDA + PREVIDÊNCIA SAI

04 FEV 2015

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Outorgante: IVSON FELIX DE SIQUEIRA, brasileiro, solteiro, motoboy, portador da cédula de identidade RG sob o nº 514333 MEX/PE, e CPF nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na Rua Laguna, nº 818, Candeias - Jaboatão dos Guararapes, CEP 54460-380.

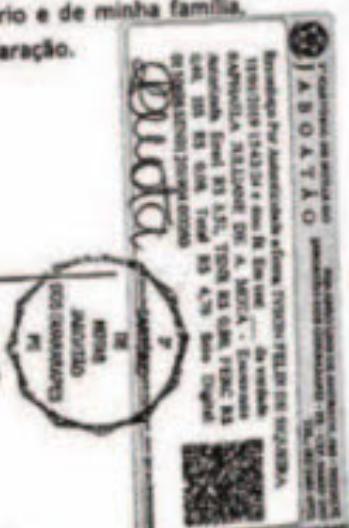
Outorgados: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 43.233 e PÂMELLA CAMILLA VANDERLEY DA SILVA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PE nº 47.289, com endereço profissional situado na Av. Domingos Ferreira, nº 2215, sala 101 A, 1º andar, Empresarial Santa Sicília, Boa Viagem, Recife/PE, CEP 51020-031 onde recebe intimações, e com endereços eletrônicos stephannyyoliveira.adv@hotmail.com e pamellavanderley@gmail.com.

Poderes: Da cláusula "AD JUDICIA", para o Foro em geral, representá-lo junto a Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, Secretaria da Receita Federal, Cartórios, INSS, Varas de Família, Instâncias, Tribunais e Juizados, audiências, receber citações, notificações e intimações, requerer, retirar, assinar e apresentar documentos, fazer requerimentos administrativos, mover ações judiciais diversas, acompanhá-las até o fim, defendê-lo nas contrárias, fazer carga, substabelecer com ou sem reserva de poderes, adjudicar, concordar, discordar, desistir, transigir, contratar, assinar e ratificar quaisquer termos e compromissos, reconhecer, verificar, alegar e prestar declarações e informações, requerer e receber alvará judicial junto a qualquer banco, resarcimentos, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do CPC/15), constituir advogados para defender os direitos e interesses da outorgante, enfim, praticar todos os atos legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, § 1º da Lei 1.060/50, e Constituição Federal, Art. 54, LXIV, que não posso arcar com custas processuais sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Recife, 05 de Novembro de 2018.

IVSON FELIX DE SIQUEIRA



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562839400000070485869>
Número do documento: 20120117562839400000070485869

Num. 71895010 - Pág. 39

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013316/19

Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

CPF: 032.782.374-71

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/07/2018

Titular do CPF: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA : 082.363.604-66

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

IVSON FELIX DE SIQUEIRA : 032.782.374-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 11/01/2019

Nome: STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 082.363.604-66

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019

Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





Número: **0064094-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71895 012	01/12/2020 17:56	<u>Perícia médica 2</u>	Outros (Documento)



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

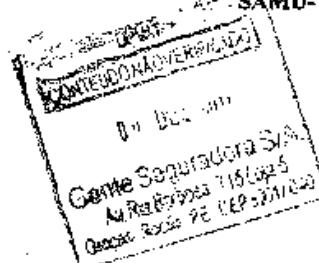
DA Nº: 1969.000
EM: 03.10.17

Atendendo ao requerimento do Sr. **IVSON FELIX DE SIQUEIRA, RG:514333 – MEX/PE,CPF:032.782.374-71**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **5 384912** do dia 23 de setembro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOTÃO por volta das 22h 31min vítima de colisão moto e moto. O acidente aconteceu na Rua Kleber de Andrade nº S/N, próximo ao Martelinho de Ouro após o Bompreço de Candeias na 5º rua – Candeias - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para a UPA da Imbiribeira.

Jaboatão dos Guararapes, 04 de Outubro de 2017.

José Samarone N. Lima
Coord. Geral SAMU/PMJG
COREN-PE 345.393-ENF
Jose Samarone N. Lima
Coord. Geral-Samu/PMJG.
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.
COREN-PE345. 393-ENF.

Resangela S. Azevedo
ADM. Matrícula: 132560
AT - SAMU- PMJG



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: 05/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000143075-0

Nr. da Autenticação 603A5B96AF960624



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562864300000070485871>
Número do documento: 20120117562864300000070485871

Num. 71895012 - Pág. 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradovolador.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

[HTTP://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636](http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636)

A Circular SUSEPE 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 COAP².

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

³ 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 irregularidades suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **101.968.034 / 20**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JUSSON FELIX DE SIQUEIRA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **032.782.374 / 71**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **IVANDO FELIX DE SIQUEIRA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **032.782.374 / 71**, conforme determinação da Circular Susen 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando à cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA LORENA		Número 50	Complemento
Bairro JARDIM SÃO PAULO	Cidade RECIFE	Estado PE	CEP 50790-030
Email LUIZOLIVEIRA177@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD) (81)9.8314-0368	Telefone celular(DDD) (81)9.8726-3603	

RECEIVED at the DEPARTMENT OF STATE

Località Data

(81) 9.8726-5603
INTERBODAQUIM
84 DEZ 2011
Gente Sorridente S/A
Av. Rio Branco, 715 loja 3
04520-000 - CEP 01011-020

[Anleitung](#) | [Deutsch](#)





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RHALCNEY SILVA DE ARAÚJO Ribeiro

RG nº 8.040.585, data de expedição 04/05/2006

Órgão SOS, portador do CPF nº 100.868.514-77, com
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
6º TRAVESSA 11 DE AGOSTO, nº 181,

complemento RESIDÊNCIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JUSON FELIX DE SIQUEIRA, cujo o condutor era JUSON FELIX DE SIQUEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN EX

Modelo: HONDA TITAN 150 EX

Ano: 2015

Placa: PDO 2369

Chassi: GC2KC1660FR065905

Data do Acidente: 23 DE SETEMBRO DE 2017

Local e Data: 21 DE NOVEMBRO DE 2017



Rhalcney Silva de Araújo Ribeiro

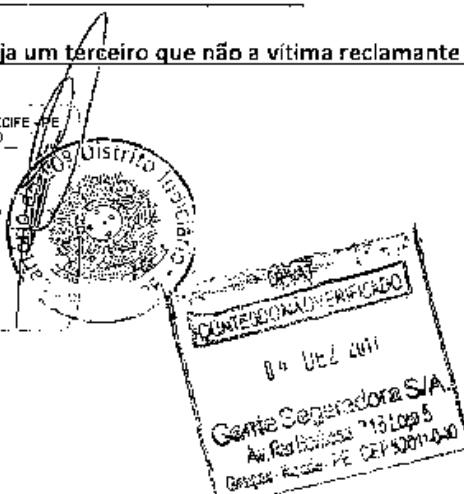
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Av. Frei Galvão, 229 - 5º andar - CEP: 50033-111 - Fone: (81) 3251-5130
Reconhecido por: Antônio Cordeiro de Melo Junior - RG: 8.040.585
RHALCNEY SILVA DE ARAÚJO RIBEIRO

que confere c/ o padrão real. Neste cartório, dia 21,
Recife, 21 de novembro de 2017. Em testemunho da verdade,
Calíope José Cordeiro da Silveira (19 Set)
End.: R\$ 3,98 - Título: Total R\$ 3,98
VALIDO somente com o selo: 00114781571001702.03597

Consulte a documentalidade em: www.tjpe.jus.br





Paciente: 0000208529 IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Nascimento: 07/03/1974 43 Anos 6 Meses 20 Dias Sexo:
Atendimento: 01000676 Data Atendimento: 23/09/2017 23:12



Queixa Principal / História

COLISÃO MOTO X MOTO APÓS INGESTA ALCOOLICA, RELATA DOR EM COTOVelo DIR, PÉ E JOELHO ESQ.
NEGA TCE, EP EMETICO, PERDA DE CONSCIENCIA, DOR CERVICAL, PELVICA OU TORACICA.
SEM ALERGIAS
ESCORIAÇÕES DIVERSAS

Antecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

Medicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

EG Bom

Consciente

Orientado e Conversando

Hidratado

Nutrido

Coraldo

Aclanótico

Anictérico

Eupnélico

Afebril

Sem Edemas

ACV.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AR.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AD.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

SN.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADO

SGU.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

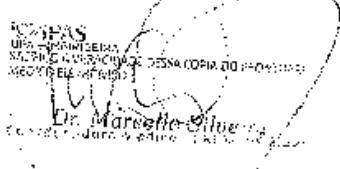
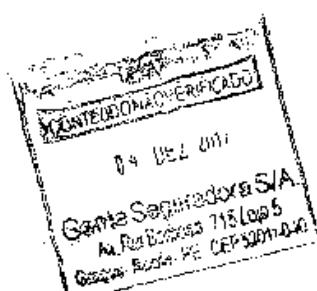
GORL.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

Pele: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AP. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS: .

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ²

14



Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328
UPA IMBIRIBEIRAmarcellinios



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562864300000070485871>
Número do documento: 20120117562864300000070485871

Num. 71895012 - Pág. 7



Paciente: 0000208529 IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Nascimento: 07/03/1974 43 Anos 6 Meses 20 Dias Sexo:
Atendimento: 01001717 Data Atendimento: 26/09/2017 20:08



Aferições: PAS PAD FR FC TEMP SATO2 HGT

Reavaliação Clínica:

RX: FRATURA DO COLO DO RÁDIO DIR
SEM BLOQUEIO DE PRONOSUPINAÇÃO

CD: IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ENC AO AMBULATORIO

Achado Radiológico:

Resultado de Exames (Laboratório e ECG):

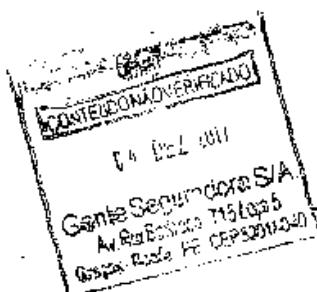
Sinais de Alarme:

Ausente

Observações:

Sinais de Choque:

Ausente



Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel: (81) 3184-4328
UPA_IMBIRIBEIRAmarce



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562864300000070485871>
Número do documento: 20120117562864300000070485871

Num. 71895012 - Pág. 8

A IMBIRIBEIRA
Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: MARCELLO SILVEIRA
Em: 27/09/2017 12:07

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 24/09/2017 01:42:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: IVSON FELIX DE SIQUEIRA RG: 514333 PESO:
IDADE: 43 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 07/03/1974

PRESTADOR ASSISTENTE: GILSON ALVES FALCÃO FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 23/09/2017 23:12:50 ATENDIMENTO: 1000676 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RÁDIO

DIAGNÓSTICO(S) SEUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV OUTR COMB REGIÕES CORPO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RÁDIO

CONDICAO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPIAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÓDULO ELETRÔNICO

Dr. Marcello Silveira
Concedente da Medida CRED. N.º 2.320

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA - IMBIRIBEIRA marcellojcs



ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) IVSON FELIX DE SIQUEIRA , que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000208529 e número de atendimento 01001717 apresentando diagnóstico FRATURA DO COLO DO RÁDIO DIR para AMBULATORIO DE ORTOPEDIA .

Observação:

OBS 1: MARCAR ATRAVÉS DO POSTO DE SAÚDE

OBS 2: SEM BLOQUEIO DE PRONO-SUPINAÇÃO

Recife, 26 de Setembro de 2017

Médico: GILSON ALVES FALCÃO FILHO
CRM: 20568

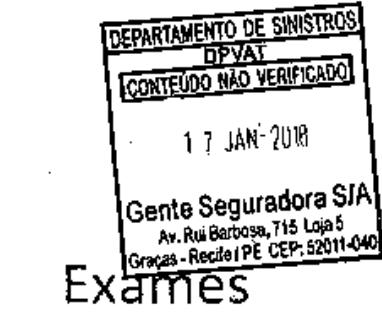
IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RÁSTICO A VERACIDADE DESSE CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO

Dr. Morelito Siqueira
Cadastrado como Médico na MPMS nº 2.220

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328
UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Médicos
Todo Dia



Exames
Laboratoriais

RECEITUÁRIO

Fundo Médico



Paciente Inácio Félix de Siqueira, 43 anos,
com história de queda de moto e fratura do colo
de raio a direita, no dia 23/09/17. Radiografia
faz evolução à fratura. Atualmente queixa-se
de dor e dificuldade para em cotovelo direito
e desta forma, o paciente relata dificuldade
de fazer realizou suas atividades
laborais.

CIAO: 552.1

16/01/18

Alexandre Lima
Spécialiste en ostéologie
CRM PE 2.467

Médicos do Povo - Consultórios Médicos e Exames Laboratoriais.
Endereço: Rua Santo Elias, Nº 292 - Loja A | Prazeres | Jaboatão dos Guararapes | PE.
FONE: (81) 3377.9151





Documentário de Identificação

YVES FELIX DE SIQUEIRA

DOC. IDENTIDADE / ODO. EMISSOR / UF
914333 MRE PE

DTN / DATA NASCIMENTO
038.762.374-71 07/03/1974

PALEADO
ANTONIO DE SIQUEIRA

MARIA JOSEFA MANOEL FELIX

PERMISSÃO / ACO / CAT. MAD.
P REGISTRO / VALIDADE / TITULARIDAD
05806895635 23/08/2022 26/06/2013

OBSERVAÇÕES
BAR

Assinatura

LICENCIADO ASSINATURA DO PORTADOR
JABOTACABA DOS GUARAPÉS, PE 24/08/2017

Charles Andrade Costa Mello
Diretor Presidente
33402406779
FAX 0855360642

DEPARTAMENTO DA POLÍCIA
PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1483194177



Conferida/Verificado
04/08/2011
Gabinete Segurança SIA
Av. Antônio da Cunha 775 Lote 5
Grajaú - RJ - CEP 23111-260



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETTRAN - PE N° 012711771654
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
10613122	PE-3422	2016
NOME DO PROPRIETÁRIO		
WILSON GOMES DE SOUZA - 4011102		
ESTADO - PE		
CATEGORIA		
PLACA		
PLACA ANT. (PE-3422)		
PLACA ANT. (PE-3422)		
COMBUSTÍVEL		
ESTILO DO V.		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOL.
TOYOTA HILUX SW4	2015	2015
CAP / PTO / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2.7 P 4X4	EM 4X4	BRANCO
DATA ÚNICA		VENC. DATA ÚNICA
VENC. DATA ÚNICA		VENC. / QTDAS
<input checked="" type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> A
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO		
SEGURADO PAGO		
OBSERVAÇÕES		
BALANÇO ALÍquota de 100% - 100%		
DATA		
2017-06		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE MARCHA LIVRE, MOTO, MOPED, BICICLETA E PESSOAS TRANSPORTADAS POR MODO SEGURO DPVAT

PF N° 012711771654 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALOR DA PREMIADA: R\$ 1.000,00 (UM MIL REAIS)

PERÍODO EXPIRAÇÃO DE PAGAMENTO: 181 - 60791-487

ESTE É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULEMOS OS CONDIÇÕES GERAIS

www.dpvatseguro.com.br

SAC DPVAT 0800 0221204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2016	27/09/16	
EV	CPF / CNPJ	
10613122	81477	
RENAVAM		
10613122		
MARCAS / MODELO		
HONDA CG 150 TITAN EX		
ANO FAB.	PLACA	
2015	PE-3422	
FAIXA / PTO	Nº CHASSI	
PARCELAGEM / COTAS	01271177165405905	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
DETRAN/PE	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
1000,00	1000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEU PREÇO PELO SEGURO (R\$)
1000,00	0,00	1000,00
PAGAMENTO		DATA DEQUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 02.426.092/0001-04
www.seguradolarider.com.br

ESTE BILHETE DEVE SER DEIXADO NO LOCAL DE ESTACIONAMENTO DO VÍCULO

ESTE BILHETE DEVE SER DEIXADO NO LOCAL DE ESTACIONAMENTO DO VÍCULO



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **IVSON FELIX DE SIQUEIRA** Sinistro: **3170647673** Data: **23/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Seis, 173 A - Cajueiro Seco - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54330-070**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MEx /PE**] **514333**

Data local do exame: [**26/02/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura proximal do rádio direito. Fratura do navicular esquerdo. Vítima refere dor e perda de força em cotovelo direito, dor no pé esquerdo ao deambular. Ao exame, apresenta limitação da amplitude dos movimentos do cotovelo direito e limitação da dorsiflexão do pé esquerdo.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada para ambas as fraturas e tratamento fisioterápico.

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

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

Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do cotovelo direito

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Cotovelo direito

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

Região Corporal (Sequela):
Pé esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

() Total = "100% da IS"

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

Ana Barros Falcao
Dr. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 279.895/RN/02
CRF: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcao - CRM: 8978 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562864300000070485871>

Número do documento: 20120117562864300000070485871

Num. 71895012 - Pág. 14

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170647673 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/09/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do rádio direito. Fratura do navicular esquerdo.

Descrição do exame Vítima refere dor e perda de força em cotovelo direito, dor no pé esquerdo ao deambular. Ao exame, apresenta limitação da amplitude dos movimentos do cotovelo direito e limitação da dorsiflexão do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada para ambas as fraturas e tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do cotovelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		25 %	R\$ 3.375,00	

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



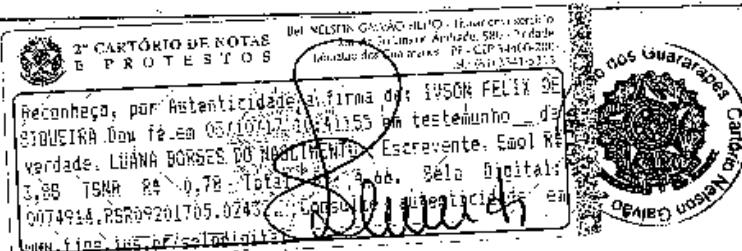
PROCURAÇÃO



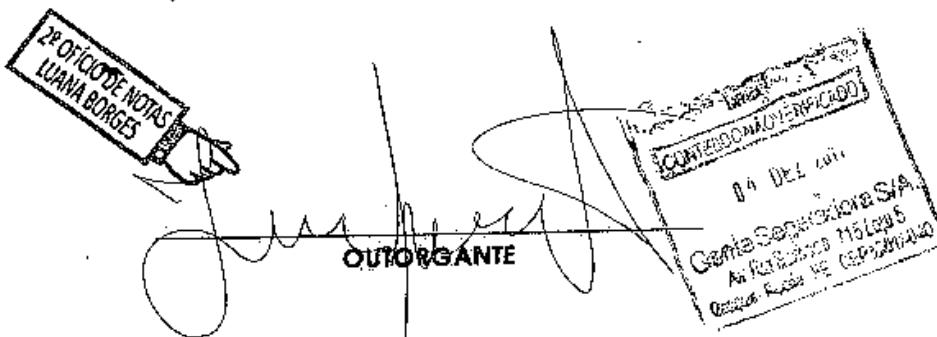
OUTORGANTE: EVSON FELIX DE SIQUEIRA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MOTOBOY, CNH RG nº
514.333, CPF/MF nº 032.782.374-71, residente e domiciliado(a)
à Rua RUA SEIS Nº 173A CALIFÉO SECO, Cidade de
JABAIJÁO DOS GUARAPAPES, Estado PERNAMBUCO, CEP:
54330-070 telefone 81.98859-0629.

OUTORGADO: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF sob o nº 101.968.034-20, e
RG sob o número 1.310.620 com endereço cito à
R:LORENA N:50 JARDIM SÃO PAULO
RECIFE, Estado do PERNAMBUCO.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e à Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgado a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



JABAIJÁO DOS GUARAPAPES 03 de DEZEMBRO de 2017.





Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3170647673**
Vitima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Data do Acidente: **23/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170647673**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12091633

Pag. 01407/01408 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562864300000070485871>
Número do documento: 20120117562864300000070485871

Num. 71895012 - Pág. 17

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Nº Sinistro: **3170647673**
Vitima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Data do Acidente: **23/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**

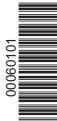
Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170647673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00201/00202 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12104761

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170647673
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3170647673 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00367/00368 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12255527



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562864300000070485871>
Número do documento: 20120117562864300000070485871

Num. 71895012 - Pág. 19



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170647673
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3170647673 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 018/17/01818 - carta_02 - INVALIDEZ



00040909

Carta nº 12395933



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562864300000070485871>
Número do documento: 20120117562864300000070485871

Num. 71895012 - Pág. 20

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Carta nº: 12493863

A/C: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Nº Sinistro: 3170647673
Vitima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 00000143075-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO E DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR



Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do Beneficiário ou do Representante Legal** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	032.782.374-71	ANSON FELIX DE SIlveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ANSON FELIX DE SIlveira	032.782.374-71	Motoboy
Endereço	Número	Complemento
R: SEIS	173-	A
Bairro	Cidade	Estado
PRATEROS	Jundiaí dos Guanampes	PE
Email	Telefone (DDD)	
Lufpoliveira177@gmail.com	(81) 9.8314-0368	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome:	NRO:
AGÊNCIA	D/V	AGÊNCIA	D/V
NRO:		NRO:	
1580			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

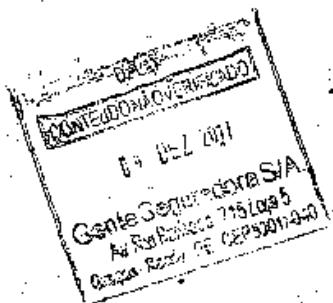
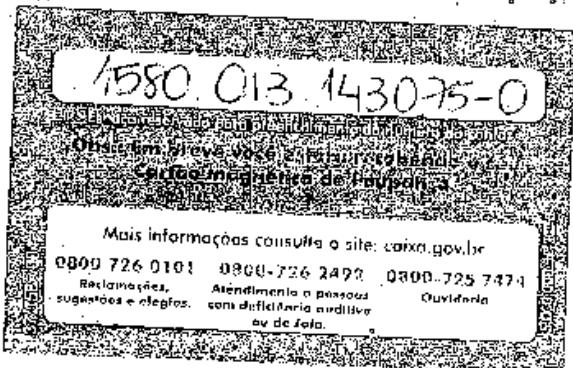
RECIFE, 01 de DEZEMBRO de 2011
Local e Data

04 DEZ 2011

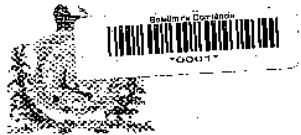
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



1 de 1



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12CIRC DIM/4ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0102004193

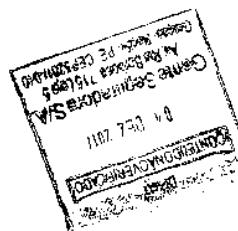
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/11/2017 às 10:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 23/9/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL KLEBER DE ANDRADE, 1, PRÓXIMO AO BOMPREÇO DE CANDEIAS - Bairro: CANDEIAS - JABOTACADAS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoal(s) envolvido(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR VAGENTE)
RHALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS (OUTRO)
IVSON FELIZ DE SIQUEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
IVSON FELIZ DE SIQUEIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
PESSOA DESCONHECIDA

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

**IVSON FELIZ DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Má JOSEFA
MANOEL FELIX Data de Nascimento: 7/3/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SEIS, 173 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAJUEIRO SECO -
JABOTACADAS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**RHALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): RHALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS, que estava em posse do(a) Sr(a): IVSON FELIZ DE SIQUEIRA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 100** Objeto apreendido. Nro:
Quantidade: **UNIDADE NÃO INFORMADA**

Placa: PBO2369 (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018
Descrição: TITAN EX

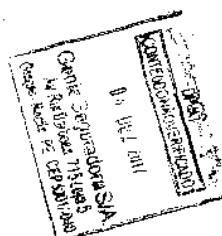
MOTOCICLETA II (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**.
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA SHINERAY XY60Q** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS SOFREU UMA COLISÃO ENTRE A MOTOCICLETA QUE PILOTAVA E A REFERIDA CINQUENTINHA QUE FUGIU DO LOCAL E QUE FOI SOCORRIDO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA PELO SAMU OC. N° 9 384912. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

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

B.O. registrado por: ELIANO FELIX DE BONTE - Matrícula: 151398-2





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JUNSON FELIX DE Siqueira, portador da carteira de identidade nº 514333 NEX 76 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na R. SEIS n.º 173 - A, Cidade jaboticabal, Estado fernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação
verificado

04/12/2011
Gesta Seguradora S/A
Av. Presidente Vargas 713 Lote 5
Braga, RJ 26010-000

RECIFE, 01 DE DEZEMBRO DE 2011.

Local e data





Número: **0064094-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71895 011	01/12/2020 17:56	rptFormularioMedicoNovo 3	Outros (Documento)

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: 26/12/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000095686-3

Nr. da Autenticação C55F76F378BA4383



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562885100000070485870>
Número do documento: 20120117562885100000070485870

Num. 71895011 - Pág. 1

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Jerson Felix de Siqueira PORTADOR
DO RG EXPEDIDO PELO EM / / E
CPF N° 032.782.374-71 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (a)
BENEFICIÁRIO (a) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo
VENHO POR MEIO DESTA DECLARO QUE RESIDO ENDEREÇO:

Rua 6 nº 173 Vila Social
BAIRRO: Mazeres
CIDADE: Jaçatão dos Guararapes UF: PE CEP: 54.330-070

LOCAL / DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO (a) BENEFICIÁRIO (a)





Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Tiago Tihik da Siqueira Registro nº 59183
 Idade: 38 Sexo: M Data da Admissão: 30/09/12 Data da Alta: 02/10/12

Diagnósticos Definidos: Fratura exposta das

Ombro direito F

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT. 2012

Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP

Conduta / Procedimentos Realizados: TTO crurais

+ fixação com fio de

Prescrição para o Domicílio:

AINE

Continuar com aquele mesmo

+ saída.

Informações Complementares:

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: SIM Data da Consulta: / / NÃO

*Marco Antônio L. Cordeiro
Traumatologista
CRM 12.219*

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 85, CEP: 54.510-000
 Cabo de Santo Agostinho - PE



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012569402

Vítima: Ivson Felix de Siqueira

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Data do acidente: 30/09/2012

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Natureza: Invalidez

Emissor do parecer: Camila Monteiro dos Santos

CRM do médico: 52258890

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA- FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: MSE- LIMITAÇÃO ACENTUADA DA PREENSÃO E EDEMA DA MÃO. LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA- FIXAÇÃO COM FIOS DE K/ FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas :

Data da perícia: 20/12/2012

Conduta mantida: Não

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	50

Valor avaliado: 4.725,00



2012569402



PERNAMBUCO

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

Ficha de atendimento

Admisão = 30/09/2012
SLIZ = 02/10/2012

Júlio César de Souza, 38 anos

Dedado por os dentes quebrados
que é menor vítima acidente

No dia 30/09/2012 subentrou
entorncimento em sua higiene
e houve clausura (E)
tal como consta

16/10/2012

Dr. Alexandre Reis
Médico
CRM 12484

COD 102 S62.4
S62.6
S42.0



Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Barra de Jangada



RECEITUÁRIO

Willy F. Siqueira.

Paciente em tratamento
de clavícula esquerda, após
acidente em 30.09.12.

Dr. Wilson Cordeiro
Ortopedia
CRM - 3150

23/10/12



O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562885100000070485870>
Número do documento: 20120117562885100000070485870

Num. 71895011 - Pág. 6

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/569402**
Vítima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Local: **PE-JABOATAO DOS GUARARAPES**
Data do Acidente: **30/09/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

- a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s):
MSE

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA- FIXAÇÃO COM FIOS DE K/ FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA- TRATAMENTOCONSERVADOR

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

MSE- LIMITAÇÃO ACENTUADA DA PREENSÃO E EDEMA DA MÃO. LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vitima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vitima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vitima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vitima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido



Segmento Anatômico

1ª Lesão

MSE

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 20/12/2012**Médico Perito:****Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890**

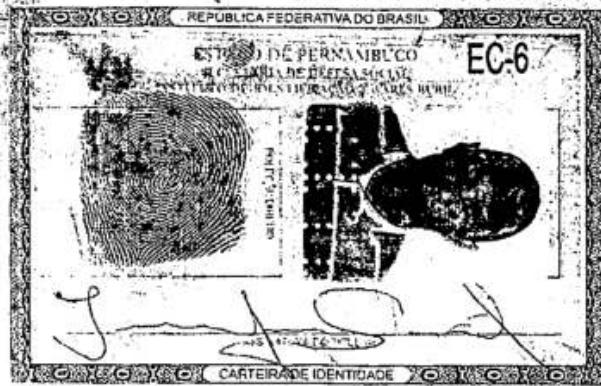
Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

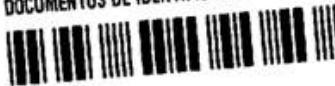
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562885100000070485870>
Número do documento: 20120117562885100000070485870

Num. 71895011 - Pág. 8



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CERIMONIAL	Nº 4.100-541
DATA DE EXPEDICAO 20/10/2012	
<<IVSON FELIX DE SIQUEIRA>>	
<<ANTONIO DE SIQUEIRA>>	
<<JOSEFA MANOEL FELIX >>	
NATURALIDADE:	
RECIFE - PE	
DATA DE NASCIMENTO 07/03/1974	
DOG. OFERTANTE	
<< CN 83423 L.87 F.143V, CART.	
PRAZERES JABOATAC-PE 19.01.1989 >>	
CPF: 032.782.374-71	
ASSINATURA DO DIRETOR	

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 032.782.374-71

Nome da Pessoa Física: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:22:05: do dia 08/10/2012 (hora e data de Brasília).

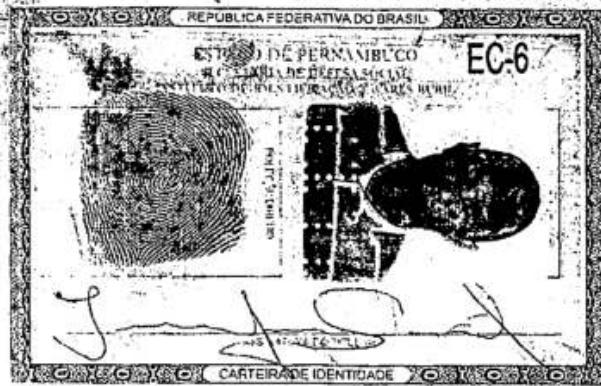
Código de controle do comprovante: AEEA.2C80.404C.3145

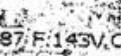
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

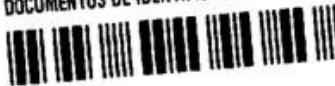
<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ConsultaPublicaExibir.es...> 08/10/2012





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EMISSÃO
4.100.541-7	20/10/2012
<< IVSON FELIX DE SIQUEIRA >>	
<< ANTONIO DE SIQUEIRA >>	
<< JOSEFA MANOEL FELIX >>	
NATURALIDADES	
RECIFE - PE	DATA DE NASCIMENTO
BRASIL	07/03/1974
DOC. DIRETIVO	
<< CN 83423 L.87/F.143V.CART.	
PRAZERES JABOTAC-PE 19.01.1989 >>	
032.782.374-71	
ASSINATURA DO TURISTA	
LEIA OS TERMOS DE CONDIÇÃO	

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 032.782.374-71

Nome da Pessoa Física: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:22:05: do dia 08/10/2012 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: AEEA.2C80.404C.3145

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ConsultaPublicaExibir.es...> 08/10/2012



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

OUTROS



ESTAMIENTO DE SINISTROS
DPVAT
1004054
O NÃO VERIFICADO

2 OUT. 2012

Gente Seguradora S/A
portaria 8 de julho, 4312 - SP/SP

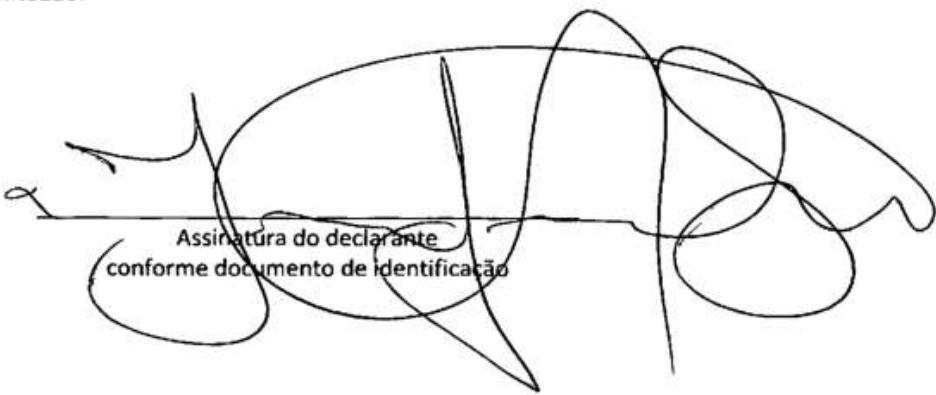
Eu, Joson Jelix de Siqueira,
carteira de identidade nº
CPF/MF sob o nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na Rua 6
nº 173,
Cidade Aracatuba dos Guararapes, Estado PE, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

SEGURO OBRIGATÓRIO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 NOV. 2012

Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA).

Este formulário deve ser

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

EU, Wilson Felix de Siqueira,
PORTADOR (A) DO RG Nº EXPEDIDO POR /
CPF/CNPJ Nº 032.382.374-71 PROFISSÃO Vigilante
E RENDA MENSAL R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIARIO(A) DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA
VÍTIMA O mesmo
AUTORIZO QUE SEJA EFETUADO O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO
INDICADA.

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento,
verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

()CREDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS).
Nº BANCO _____ Nº. AGÊNCIA (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
_____ Nº CONTA CORRENTE _____

()CREDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
_____ Nº CONTA POUPANÇA _____

()CREDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO DO BRASIL
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
_____ Nº CONTA POUPANÇA _____

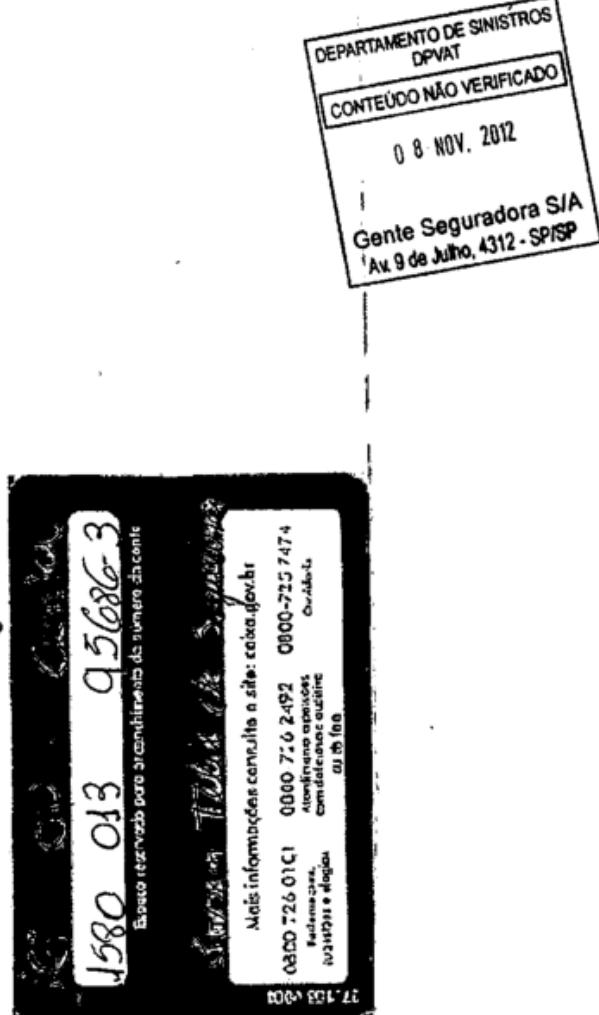
()CREDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
_____ Nº CONTA POUPANÇA _____

CREDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
1586 - Nº CONTA POUPANÇA 95686-3

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

LOCAL _____ DATA _____ / _____

ASSINATURA DO/A BENEFICIARIO/A



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562885100000070485870>
Número do documento: 20120117562885100000070485870

Num. 71895011 - Pág. 15



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 019A. CIRCUOSCRICAO - PRAZERES

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 12E0109008731

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2012 às 17:42

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 30/9/2012 às 00:26

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 81, RUA RECIFE - Bairro: PRAZERES
Município: JABOTACAO DOS GUARARAPES - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 OUT. 2012
Gente Seguradora S/A Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

(VITIMA) - IVSON FELIX DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX; Pat: ANTONIO DE SIQUEIRA Data de Nascimento: 7/9/1974; Naturalidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 4100841/SDS/PE (RG), 03278237471 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A); Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO;
Profissão: VIGILANTE; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 9180988768
Endereço Residencial: BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 178, RUA SEIS ,N º178,VILA SOCIAL, 56000-000, PRAZERES,
JABOTACAO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(AUTOR / AGENTE) - DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Mãe: NÃO INFORMADO; Pat: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO
Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escolaridade: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO
Endereço Residencial: NÃO INFORMADO
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO - Objeto apreendido: Não - Número da Série: NÃO INFORMADO



Cor: NAO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

Relata a vítima que estava atravessando a Rua Recife onde dirigia-se a uma partida de futebol após ter largado trabalho, quando foi surpreendido por uma Motociclista da Modelo, Cor e Placa não Anotada, conduzida por um desconhecido, onde atropelou o mesmo, Acidentando-se. Cita que o desconhecido após ter lhe atropelado, evadiu-se do local sem prestar o devido socorro. Declarou que foi socorrido por populares, na qual foi levado ao Hospital Dom Helder Camara, no Município do Cabo de Santo Agostinho. Nada mais foi dito e nem indagado.

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

X
IVSON FELIX DE SIQUEIRA
(VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 OUT. 2012
Gente Seguradora S/A Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP

B.O. registrado pelo policial: JOSE VICENTE CARLOS NETTO - Matrícula: 319990-8

<http://www.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=109&idOc=3386720&t...> 9/10/2012



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120117562885100000070485870>
Número do documento: 20120117562885100000070485870

Num. 71895011 - Pág. 17