



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
71895009	01/12/2020 17:56	Protocolo de Entrega de Documentos 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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 PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVSON FELIX 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 Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 01 de 01 (1/1) - cam_01 - 26/01/2022

00000746



Carta nº 108822795





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

Rio de Janeiro, 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 PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO 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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Cartão nº 1.181.2248





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0112003481

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

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

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 2266, PROXIMO A BR-101
SÃO PAULO - Bairro: PIEDADE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX Data de Nascimento: 7/3/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 514333/REX/PE (RG) 03276237471 (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)



05/10/2018 15

Scanned with CamScanner



RENAULT LOGAN AZUL - PLACA: PFN-5697 (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **FELIPE HENRIQUE LIRA BRASIL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE HENRIQUE LIRA BRASIL**.
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL RENAULT LOGAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFN5697** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

IVSON FELIX 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, COLIDINDO 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 HELDER 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 PROVIDÊNCIAS.

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





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 Nº. 23.325/2018



Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@nda.pe.gov.br

Scanned with CamScanner



LAUDO PERICIAL REP Nº. 23.325/2018



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



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 desenvolvia em nível e linha reta com o fluxo escasso de veículos em ambas vias, naquele 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 **LOGAN EXP**, respectivamente, conforme exibem as fotografias de nºs 01 a 05.

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

V-2 – Autopasseio importado RENAULT, modelo **LOGAN EXP** na cor azul, ano de fabricação 2011, modelo 2011, placas de matrícula **PFN-5697-BECTFE-PE**, conforme retrata a fotografia de nº. 07.

SENTIDO DE TRÂNSITO DOS VEÍCULOS: V-1 - Por seu condutor, trafegava pela Avenida Bernardo Vieira de Melo, considerando o sentido de Candeias/Boa Viagem;

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

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

3

COMPREV

Rua, 30 - COMPREV - ITAIPÉ - Teresopolis - RJ - CEP: 22.031-480
Fone: (21) 3303-2034 - FAX: 3303-2032 - E-mail: ita@nda.pe.gov.br

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





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



INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
FÍSICO-QUÍMICO
LAVAGEM
CO

23.10.19



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.ºs 08 a 10.

V-2 - Exibia avarias aparentes em toda sua região posterior a esquerda, para choque posterior à esquerda, lateral posterior à esquerda (frente posterior a esquerda por reflexo e outras (vide fotografias de n.ºs. 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 n.º 7.413.146-SDS/PE, Carteira Nacional de Habilitação de n.º 1219930003-DETRAN-PE, Registro de n.º 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, fato 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 (freios) 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 autopesseiro importado RENAULT, modelo LOGAN EXP (V-2), estas se

Rua Odebrecht Mendes, nº 300 - Campi Grande - Recife - PE - CEP: 52.051-090
Fone: (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: sic@ndc.pe.gov.br

PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

11 JAN 2019

COMPETÊNCIA
COMPETÊNCIA
COMPETÊNCIA

Scanned with CamScanner





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



INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPARTAMENTO TÉCNICO
BETC - BATERIA DE EXAMES TÉCNICOS
DO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

23.10.18



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

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

É 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 apenso ao presente Laudo.

É prudente que se diga que os veículos acidentados se apresentavam com avarias com vestígios de recentidade atinentes as suas estruturas estéticas, demonstrando respectivos envolvimento e também interação física no espaço físico do declinado entroncamento de vias.

Cujas avarias que foram produzidas naquela interseção demonstram 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 trafegava, e aliado ainda a falta de percepção/reação, **EMBATEU (COLIDIU)** violentamente com sua região frontal contra a região posterior à esquerda do veículo autopasseio 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 Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-400
Fone: (81) 3363-2034 FAX: 3363-2022 - E-mail: icj@pe.gov.br

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

11 JAN 2019

COMPROVAÇÃO DE RECEBIMENTO
11 JAN 2019

Scanned with CamScanner





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



INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA



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 naquela 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, ao terem suas respectivas velocidades praticamente anuladas.

V - CONCLUSÕES

Diante dos exames realizados e de tudo quanto ficou exposto no corpo deste Laudo os infra-assinado 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-3550-GOIANA-PE**, compreendido como V-1 e o autopasseio 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-3550-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 autopasseio importado **RENAULT, modelo LOGAN EXP**, placas de matrícula **PFN-5697-RECIFE-PE (V-2)** provocando o evento, conforme o esclarecimento da Análise Técnica

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (011) 3300-2034 FAX: 3300-2022 - E-mail: ic@idsa.pe.gov.br

PROTOCOLADO
AGÊNCIA RECIFE

11 JAN 2019

COMANDO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

Scanned with CamScanner





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



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

VI - ENCERRAMENTO

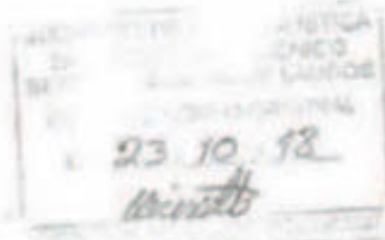
Eu, **ALCIDES BUARQUE DA SILVA**, Perito Criminal do Instituto de Criminalística Prof. Armando Samico, redigi o presente **Lauda de Exame em Local de Ocorrência de Trânsito**, que se encontra impresso no anverso de sete (07) folhas de papel tamanho oficial, a encimar o timbre do Estado de Pernambuco.

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



Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3303-2024 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sdh.pe.gov.br

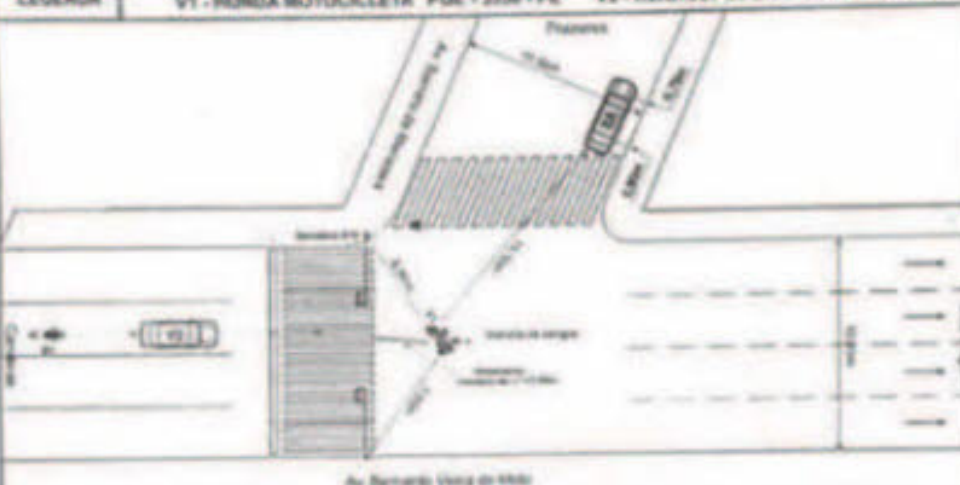
Scanned with CamScanner

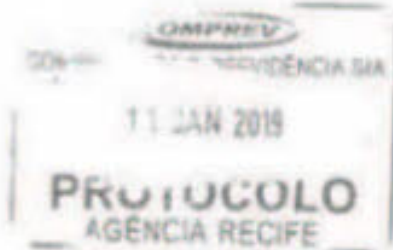




GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA - SDE - PE INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO DE BRASÍLIA - DISTRITO FEDERAL		REF. Nº: 2017-2018 ALCIDES GUARDES ALEXANDRE, Elton Raulo		DATA: 24.07.2018
CROQUI ILUSTRATIVO				
LEGENDA	V1 - HONDA MOTOCICLETA PGE - 3550 - PE V2 - RENAULT LOGAN PFN - 5897 - PE			
				
Av. Bernardo Vieira de Melo				
Incluído Nº. 470				



Rua Odorico Mendes, nº 100 - Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.011-080
Fone: (81) 3303-2034 - FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sdpe.gov.br

Scanned with CamScanner





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



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 19h:54, 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





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001490 Div. Op.

Com fulcro na art. 3ª XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). 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, JABOATAO -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 JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN PRETA PGE3550-PE; AUTOMÓVEL LOGAN AZUL PFN5697-PE, no(a) qual fora vítima(a) o(a) Sr(a) 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, comandada pelo(a) CB 710415-4 DIOGENES. Foi transportado(a) para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 1113443. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Feita em 30/10/2018

A autenticidade desta certidão pode ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <https://www.cbm-pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001490

Av. João de Barros, 599 - Boa Vista - Recife PE - CEP 50250-180
Fone: (81) 3182-4126 / CNPJ: 06.358.773/0001-44



Scanned with CamScanner



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





COMPREV
COMPREV 100% SOCIEDADE S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



[illegible][illegible]

COMPREV
COMPREV VOTA SE INDEPENDÊNCIA S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





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 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://www3.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP².

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

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

Pelo exposto, eu Stephanny P. Oliveira Silva inscrito (a) no CPF 092363604-66, PE, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ismael Felix de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.782.374-71, PE, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da vítima Ismael Felix de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.782.374-71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Advogada 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		Número	Complemento
<u>Rua Pavimentu</u>		<u>85</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CPF
<u>Varejo da Gamboa</u>	<u>Recife</u>	<u>PE</u>	<u>52280480</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>Stephannyoliveira.adv@hotmail.com</u>			<u>7119.864.3636</u>

Recife, 11 de junho de 2019

Local e Data

Stephanny Oliveira

Assinatura do Declarante



SLDRL001 V001/2017



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 7, 11, 2018

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Isom Teliã de Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

CID:

S52 + T92

OBS: Paciente com fratura de olecrano
consolidada; apresenta sequela em
M5 (D) (limitação momentânea de extensão), apenas
do cotovelo
V.DIAS: _____ AFASTAMENTO DE TRABALHO
sendo assim incapaz de trabalhar
desde a acidente.

Dr. Marlene S. de Almeida Araújo
Assinatura do Médico
(R. 2018) (CRM-28.10287)

Dr. Marlene S. de Almeida Araújo
Física
(CRM-28.10287) (CRM-28.10287)

UNIPREV
UNIPREV - UNIA E SOLVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



DOM HÉLDER CÂMARA

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



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

Pedido: 337438 Atendimento: 447552 Idade: 44a 4m 19d
Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Médico Solicitante: CRM - 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA Dt. Realiz.: 25/07/2018
Data da Solicitação: 25/07/2018 Hora: 12:20:11
Convênio: SUS - INTERNACAO Origem da Solicitação: UPA (MBIRIBEIRA
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 a 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 22158



BR 161 N° 26, A 206 - CENTRO - CAROPE Fone: 3143-0000

Scanned with CamScanner





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



IMIP
HOSPITALAR

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

Dr. Bruno Dall'Aglio
Ortopedia Traumatologia
CRM 11003

16/08/18

06:30 às 08:00

Encaixe no ambulatório DE TRAUMATOLOGIA

Assinatura do Médico a Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Fundação Professor A.
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helio Câmara
Rodovia BR 101 Sul - Km 10 - CEP 51.020-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Scanned with CamScanner



INFORMAÇÕES ADICIONAISDATA DA AVALIAÇÃO 14/02/18DIAGNOSTICO: FraturaColuneloCONDUTA: Quirurgia

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOSCÓD 0307 5529CÓD 030205008-9 M255CÓD. 71245**REGISTRO DE ALTA**

DATA DA ALTA:

MOTIVO:

ASSINATURA

FOLHA

DATAS DAS SESSÕES01 14/02/1802 28/09/1803 05/10/1804 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 

Scanned with CamScanner



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 16.01.18

Nº PRONTUÁRIO: 39183

NOME DO PACIENTE: Iyson Félix de Azeiteiro

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 15º DPO de fratura
do olecrano ①

CID: S52.0

OBS.: /

Nº DIAS — (—) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Francisco Ferreira Júnior
Enfermeiro 23424

COMPREV
COMPRESSÃO E INFLUÊNCIA SIA

11 JAN 2018

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





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



PREFEITURA MUNICIPAL DO
JABOATÃO DOS
GUARARAPES SECRETARIA
DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONT: 418/18 FONE: _____
CNS: 70040211102760
NOME: Simone Felix da
Silveira
DATA DE NASCIMENTO: 07/03/74
SEXO: M RAÇA/COR: _____
CEP: 54460-380
ENDEREÇO: Rua Augusto
Canalhas
NÚMERO: 818 COMPLEM.: _____

ATENDIMENTO

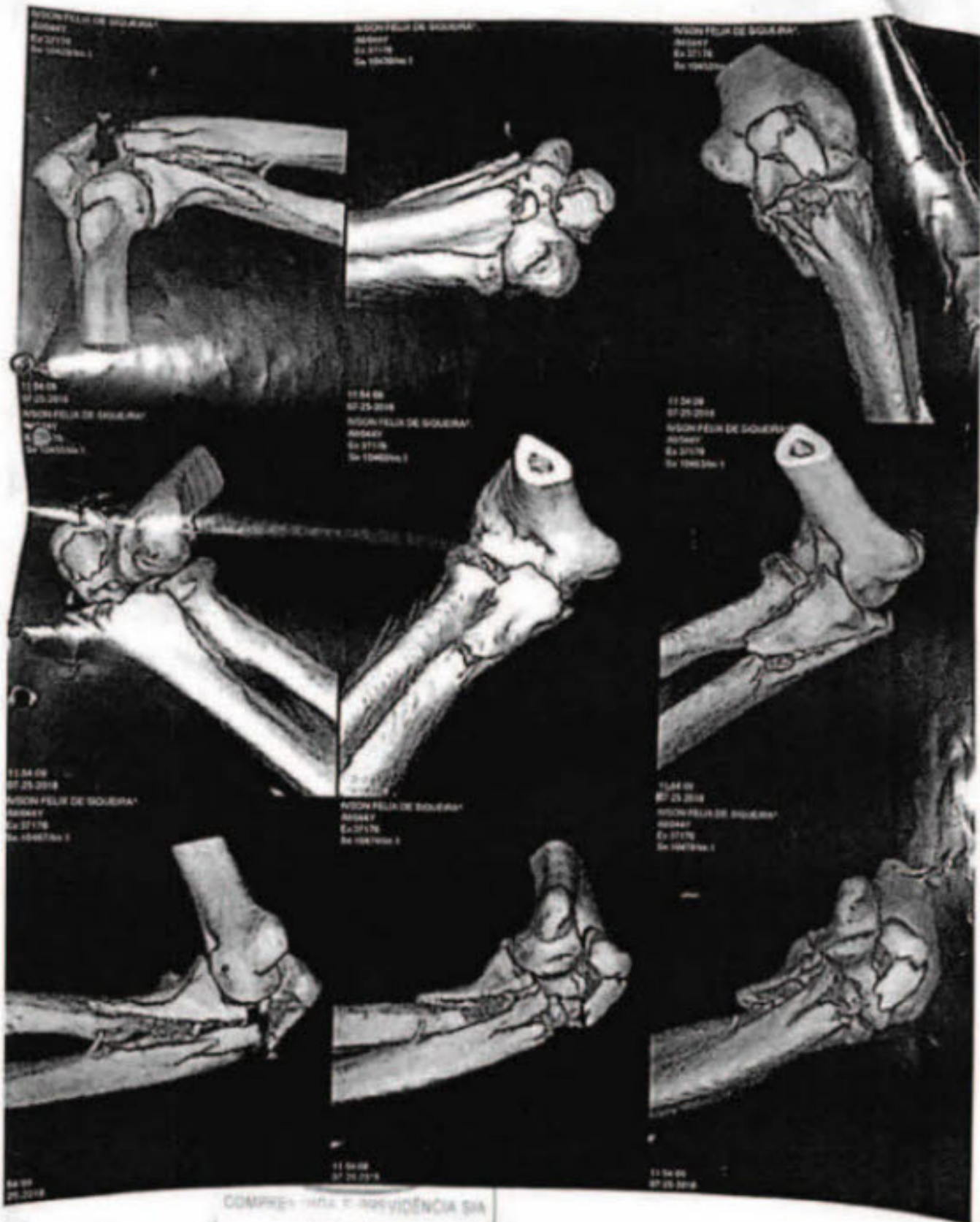
DIA (S): Terça E Sexta
HORÁRIO: 09:30
PROFISSIONAL: Simone Pinheiro
ESPECIALIDADE: Trauma

CENTRO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA
FONE: 3476-4305



Scanned with CamScanner





COMPANHIA DE RESPONSABILIDADE S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO

Scanned with CamScanner





11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



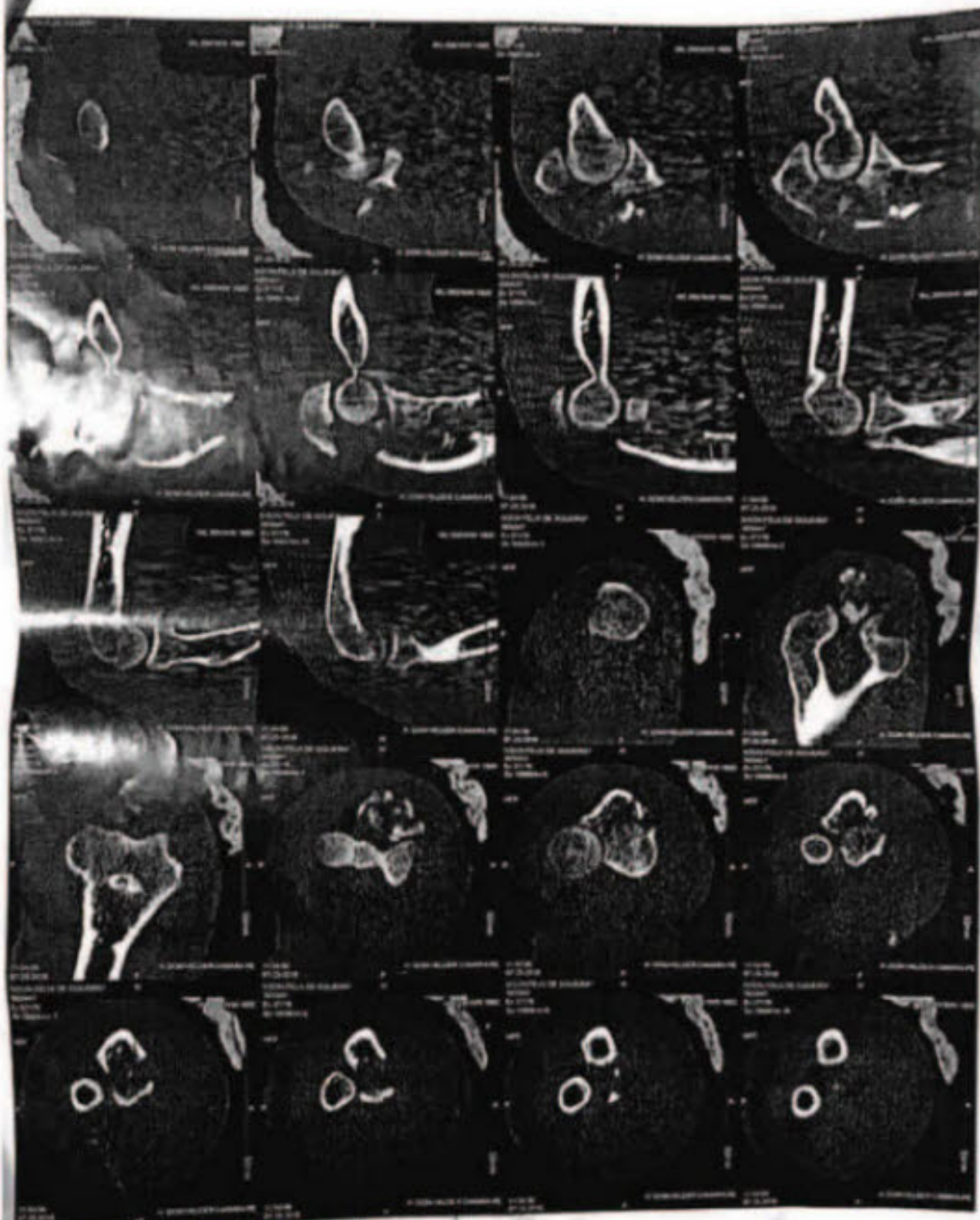


11 JAN 2015

PROTOCOLO
AGÊNCIA DE INTELLIGÊNCIA

Scanned with CamScanner





11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



(A)

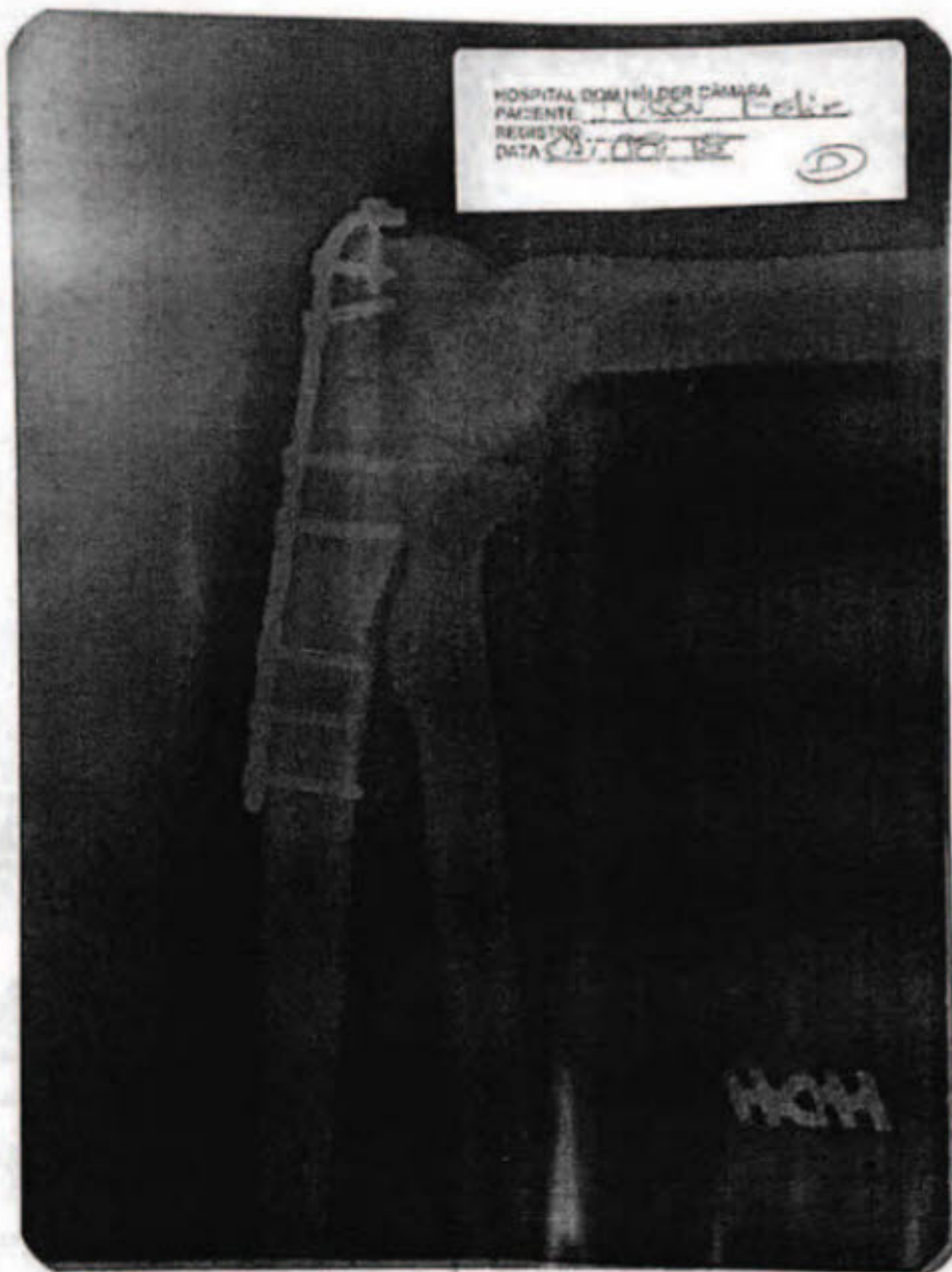
HOSPITAL DOM HÉLDER GAMA
 PACIENTE: WILSON FELIX
 REGISTRO: 01/10/18
 DATA: 01/10/18

11-JAN-2019

PROTOCOLO
 AGENCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



25
Wilton Felix da
Siqueira
01/11/19

11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



IV com Felix de
Siqueira
07/11/18

JORNAL DE PREVIDÊNCIA SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



25

Wen Felix
di. Saquim
02/11/18

RECEB
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECEB

Scanned with CamScanner



FISIOTERAPIA

Data de Atendimento: 17.9.18

Nº PRONTUÁRIO: 38183

NOME DO PACIENTE: João Felix da
Paqueta

Nº emb (20) SESSÕES

CID:

OBS.:

COMPRESO
COMPRESO
11 JAN 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Di. Carlos
Clotilde
CRM 15.463
Carimbo

CÓD. 38392

Scanned with CamScanner





Prefeitura Municipal do Jaboatão dos Guararapes
Secretaria de Saúde



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Indicando o paciente
Jerson Felix de Siqueira
para acompanhamento
com a fisioterapia ocupacional.
Atenciosamente


Simone Peres
Fisioterapeuta
CREFITO 50317-J



Av. Barreto de Menezes, 1/1º - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE
CEP 54.330-900
Telefones: (81) 3476-3859 - OUVIDORIA (81) 3476-3608

Scanned with CamScanner





HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Municipal Sot Dom Helder Câmara
MP Hospitalar
CNPJ: 05.035.744/0001-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
MP HOSPITALAR
CNPJ: 05.035.744/0001-64

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 39183

Nome: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX

End: RUA 11

Endem: BL-1 A

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Atendimento: 447552

Dr. Car: 30/06/2012

Dr. Nasc: 07/03/1974

Bairro: BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNPJ: 80800350/0001-35

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

☒ Confirmação sobre o paciente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

☒ Checagem do equipamento anestésico

☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h, NÃO**

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NÃO**

☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

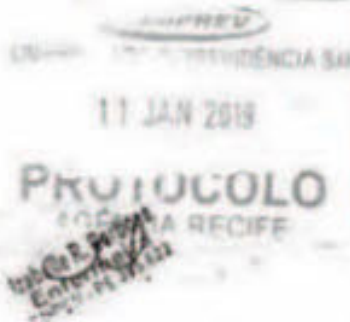
☒ Nome do procedimento realizado **trat. cirurg. de frad. expost. cotovelo**

☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)

☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido

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



U02-2

HOSPITAL
DON Helder CAMARA
Data: 30/06/19

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>WOM E. de Siqueira</u>	Registo: <u>39123</u>
Data de Nascimento: <u>04/03/84</u>	Idade: <u>35-2</u>
Sessão: <u>110</u>	Leito: <u>U02-2</u>
SINAIS VITAIS	
PA: _____	HR: _____
Observação: _____	



ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO (X) Há quantos anos: _____
	ETILISTA: SIM () NÃO (X) Há quantos anos: _____

EXAMES SOLICITADOS	
IMAGEM: RX (X) TAC w/Contraste ()	USO () ECO () LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
TAC w/Contraste (X) RNM () CAT ()	Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO (X) Risco Crônico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO (X) GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO () Qual: UTI: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL: _____	QUAL: <u>COMPRENS</u>	SNE () SNG ()	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____	OBSERVAÇÃO: _____	END ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: <u>1 JAN 2019</u>		DRENO	
SIM (X) QUAL: <u>Cefazolin</u>	OBSERVAÇÃO: _____	SIM () NÃO ()	
NÃO () OBSERVAÇÃO: _____	OBSERVAÇÃO: _____	Qual: _____	
SIM () QUAL: _____	HONÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	Local: _____	
NÃO (X)			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
FEIUM:	SIM (X) NÃO () À partir do dia: <u>29/06/19</u> Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO () Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (X) Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIURGIAS ANTERIORES:	SIM (X) Qual/Data: <u>2019/06/05</u>
ALGUMA CIURURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () Qual/Data: _____
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X) Observação: _____
	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO (X) Observação: _____

Enfermeiro Responsável: Silvia M. de Siqueira
(Assinar e Carimbar)
Enfermeiro
REC-04/PE 186318

CÓD. 38404

Scanned with CamScanner

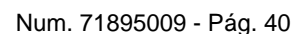




1 - IDENTIFICAÇÃO:

000 28427

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
71895010	01/12/2020 17:56	Protocolo de Entrega de Documentos 2	Outros (Documento)

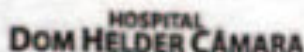
HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		IMIP HOSPITAL		FICHA DE ANESTESIA		Data 25/12/18	Anestesiado 1111
Paciente UNIVISION FICHA DE ANESTESIA				Sexo M	Cor Ad	Idade 66	Peso 76
Nome do Anestesiado UNIVISION FICHA DE ANESTESIA				Nome do Cirurgião UNIVISION FICHA DE ANESTESIA			
Matrícula Pré-anestesia 205-30183				Urgência <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM			
Grupo Tratamento cirúrgico de fratura do cotovelo							

Horário 08:00	Drogas Usadas
Injeções 1. 50mg	fentanyl 50mg
	lidocaina 200mg
	dexmedetomidina 100mg
	cetorolaco 100mg
	ondansetrona 8mg
ECG 12-lead	Técnica Pre-anestésica bloqueio do plexo braquial via inter-escapular e axilar, com cateteres de 27gauge.

Monitorização <input checked="" type="checkbox"/> Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> Oximétrico <input checked="" type="checkbox"/> PNO <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> Escal. Pré-Cardíaco <input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Sonda Gástrica <input type="checkbox"/> Avaliador Gástrico <input type="checkbox"/> PnC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Monitor ECG Plus	Encaminhado <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado <input type="checkbox"/> Sonando <input type="checkbox"/> Intubado Destino <input checked="" type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> QUIRÃO <input type="checkbox"/> VTI <input type="checkbox"/> Navegar	Inapetência <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Desconforto Observações - pje agrida - pje comorbidades - xelum sh - 6to cateter no abdome na emergência
--	---	---	--

PROTÓCOLO
 AGÊNCIA BRCSF

Scanned with CamScanner



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Sandro Eitor de Siqueira Data: 01/06/18 Registro: 99183
Convênio: SUS Leito: 402-02 Hora: 14:31

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Carlos 1º auxiliar: Dr. Francisco
Anestesiista: Dr. Vitor Instrumentador: Karina
Circulante: Joana

[illegible]

DNE - PREVIDÊNCIA SIA

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



DOM HILDER CAMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		CENTRO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Wilson Filho Albuquerque</u>		Registro: <u>30171A</u>		Leito: <u> </u>	
Procedimento cirúrgico: <u>Artroscopia do joelho</u>		Data: <u>25/01/18</u>		Hora: <u> </u>	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()		<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input checked="" type="checkbox"/> Outros			
2. Ventilação prejudicada ()		<input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input checked="" type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Ajustar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> Ajustar oximetria de pulso <input checked="" type="checkbox"/> Outros			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u> </u> h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar 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 <input checked="" type="checkbox"/> Registrar <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros			
4. Dor () Local: <u>DO</u> () 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 type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros			
5. Integridade tissular prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u> </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de <u> </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u> </u> h <input type="checkbox"/> Outros			
6. Sangramento () Local: <u>DO</u> () Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u> </u> mm <input type="checkbox"/> Manter elevado: <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros		<u>RESOLUÇÃO 21</u> <u>de 2017</u> <u>CONAMA</u>	
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: <u> </u>			

COD. 38608



Scanned with CamScanner



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NÚMERO(S)
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	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal X Diminuída () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input checked="" 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: () 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 type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>Umbilico</u> <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações: <u>Tórax</u> Calor: () Rubor; () Edema <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

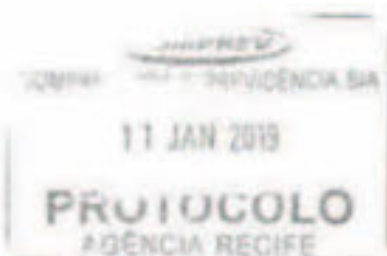
FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AvP - Acesso Venoso Periférico

T.ols Oliveira Enfermeiro CORDEIRO ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



Scanned with CamScanner



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Jonas Félix data: 25.01.18 Hora: 07:30 Registro: 39183

Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ex. Lig. Trans. / Luxação do Cotovelo (D)
Tipo de anestesia: Bl. de braço + Injeção
Equipe: Dr. Eduardo Albuquerque Anestesista: Dr. Ana Luísa

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizada
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: MS E
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde:
Drenos: () não () sim Onde:
Sinais vitais: PA: 121 x 74 mmHg FR: — p/min FC: 62 p/min SaPO2: 97%
Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	125/78	123/77	114/69	119/65	132/62	121/60
FR	—	—	—	—	—	—
FC	65	66	64	64	63	62
SaPO2	98%	99%	96%	96%	98%	100%
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

COMPRIM
COMPRE- — A C. INTERVENÇÃO SIA

6. Alta da SRPA

11 JAN 2018

Sinais vitais: PA: — FC: PROIBIDO Glasgow: —

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

Data: 25/01/18 Horário: 07:30 Responsável pelo encaminhamento:

Alta da SRPA pelo médico:

Scanned with CamScanner



PACIENTE: <u>Joana Kelly de Siqueira</u>		DATA: <u>30/12/20</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo Almeida</u>		RG: <u>391123</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. João Carlos</u>		ANESTESIA: <u>39g de pólvo + sedação</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo Almeida</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>432064</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>João</u>		CÓDIGO: <u>01-20</u>	
CIRCULANTE: <u>João</u>		HÓRARIO INICIAL: <u>00:50</u>	
ENFERMEIRA: <u>João</u>		HÓRARIO FINAL: <u>01:20</u>	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS 15x3 25x7 25x1 40x12 CARDIOPLEGICA ESTIMULAX 15x22 15x27			
ATADURAS CREPE 15CM CREPE 15CM CREPE 30CM CREPE 30CM GESSADA 10CM GESSADA 15CM GESSADA 30CM			
CANULAS TRANSDUTO 7.5 TRANSDUTO 7.5 TRANSDUTO 8.0 TRANSDUTO 8.5 TRANSDUTO 8.5			
CATETER NASAL CENTRAL PVC EPIDURAL 16 SUBCLAVIA 16 PERIDURAL 17 JELCO 16 JELCO 16 JELCO 16 JELCO 20 JELCO 22 JELCO 24 LIMPADORES CLIP 100 CLIP 200 CLIP 200 CLIP 400 CURATIVOS ADAPTIC KEROLIX PLUK ON TELA MARLER EQUIPOS BOMBA BOMBA FOTO PSANGUE PSORO MACRO EXTENSORES 20CM 40CM 60CM 120CM LAMINAS BISTURI 11 BISTURI 12 BISTURI 13 BISTURI 20 BISTURI 22 BISTURI 24 DERMATOMES LUVAS LUVA 7.5 LUVA 7.5 LUVA 8.0 LUVA 8.5 SERINGAS 1ML 1ML 1ML 10ML 20ML 50ML 50ML CATETER AVENTAL CIRURGICO COCOSTOMA COMPRESSAS GAZA P/VIDEU COLET ABERTO COLET FECHADO CONEXAO 20AS CONEXAO 40AS ALGODAO PETRO UNICO GAZA GELFOAN KIT CIRURGICO LATEX TONNERA 20AS PRESERV URNA SCALP 21 SCALP 22 TRANSOFIX TRAXIS PRESEAO			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
SONDAS ENTERAL 10 ENTERAL 12 ASPIRACAO 10 ENDOTRAG 3.0 ENDOTRAG 3.5 ENDOTRAG 3.8 ENDOTRAG 3.5 ENDOTRAG 4.0 ENDOTRAG 4.5 ENDOTRAG 5.0 ENDOTRAG 5.5 ENDOTRAG 6.0 ENDOTRAG 6.5 ENDOTRAG 7.0 ENDOTRAG 7.5 ENDOTRAG 8.0 ENDOTRAG 8.5 ENDOTRAG 9.0 FOLEY 20AS 14 FOLEY 20AS 16 FOLEY 20AS 18 FOLEY 20AS 20 FOLEY 20AS 24 FOLEY 20AS 26 FOLEY 20AS 28 FOLEY 20AS 30 FOLEY 20AS 34 FOLEY 20AS 36 FOLEY 20AS 38 FOLEY 20AS 40 NASO 10 NASO 12 NASO 14 NASO 16 NASO 18 NASO 20 NASO 22 URETRAL 4 URETRAL 6 URETRAL 8 URETRAL 10 URETRAL 12 URETRAL 14 URETRAL 16 URETRAL 18 URETRAL 20 FIOS CIRURGICOS ALGODAO 2 ALGODAO 2.5 ALGODAO 3.0 FITA CARMADA CROMADO 2 CROMADO 3 CROMADO 3.5 CROMADO 4.0 CROMADO 4.5 SIMPLES 2.0 SIMPLES 3.0 SIMPLES 4.0 SIMPLES 5.0 NYLON 2.0 NYLON 3.0 NYLON 4.0 NYLON 5.0 NYLON 6.0 NYLON 8.0 NYLON 10.0 NYLON 12.0 POLIESTER 2 POLIESTER 3.0 POLIESTER 4.0 POLIESTER 5.0 POLIESTER 6.0 PROLENE 1 PROLENE 2 PROLENE 3 PROLENE 4 PROLENE 5 PROLENE 6 VICRYL 1 VICRYL 2 VICRYL 3 VICRYL 4 VICRYL 5 CERA FUSAO MARCAPASSO VALVEKIT SEDA 1.0 SEDA 1.5 MONOCRYL 1.0 MONOCRYL 2.0 BUNDOEL 50TS ACO 1 ACO 4 ACO 8			

COD. 38407

COMPRE- HEN & PREVIDENCIA S/A

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



DOM HELEDR CAMARA

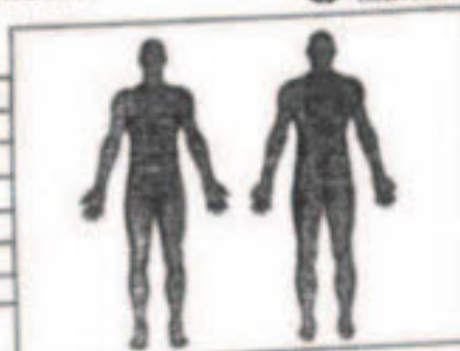
Data: / /

Hora: :

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Silvan Felix de Siqueira
Data de Nascimento:	11/11/83
Setor:	TRU
Registro:	32183
Leito:	1021
SINAIS VITAIS	
PA:	110
HR:	70
Observação:	



ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (x)
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO (x) Há quantos anos: Qtd/dia
	ETILISTA: SIM () NÃO (x) Há quantos anos: Qtd/dia

EXAMES SOLICITADOS	
IMAGEM:	RX (x) TAC a/ Contraste () USG () ECO () LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
	TAC a/ Contraste () RNME () CATE () Observação:
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO (x) Risco Cirúrgico:
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO (x) GRUPO SANGÜÍNEO:
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO (x) Qual? UTI: LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM () QUAL:		SNE () SNG ()
NÃO (x) OBSERVAÇÃO:		IVD ()
		Outra:
SIM (x) QUAL:	antibiótico profilático	DRENO
NÃO () OBSERVAÇÃO:		SIM () NÃO ()
		Qual:
SIM () QUAL:		Local:
NÃO (x) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEJUM:	SIM (x) NÃO () À partir do dia 11/12/18 às 22h Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (x) NÃO () Observação:
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (x) Observação:
RETRADO ADORNOS:	SIM (x) NÃO () RETRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIÊNCIAS ANTERIORES:	SIM (x) Qual/Outra: MSD, MIE
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (x) Qual/Outra: MSD, MIE
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (x) Observação: LATERALIDADE DEMARCADA: SIM (x) Observação:
Enfermeiro Responsável:	Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

11 JAN 2019
PROTOCOLO

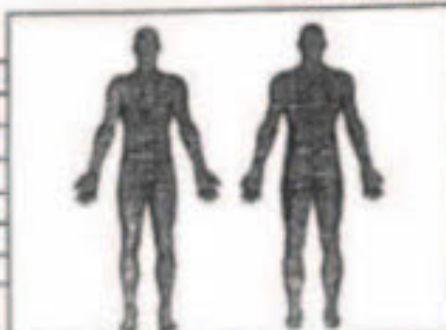
Scanned with CamScanner



CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Sr/ Srta FÁBIO DA SILVA</u>	
Data de Nascimento: <u>02/07/34</u>	Registro: <u>39453</u>
Setor: <u>TEO</u>	Leito: <u>402-02</u>

SINAIS VITAIS		
PA: <u>120x80</u>	F: <u>24</u>	HT: <u>25</u>
Observação: _____		



ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM () NÃO () MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM () NÃO () MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO () Há quantos anos: _____ Cid/Ida: _____
	ETILISTA: SIM () NÃO () Há quantos anos: _____ Cid/Ida: _____

EXAMES SOLICITADOS	
IMAGEM: RX () TAC 4/ Contraste () USG () ECO ()	LABORATORIAIS: SIM () NÃO ()
TAC 4/ Contraste () ENME () CATE ()	Observação: _____
PARER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO () Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO () GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO () Qual? UTI: _____ Leito: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM () QUAL: _____	NÃO () OBSERVAÇÃO: _____	SNE () SNG ()
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		SVD ()
		Outra: _____
SIM () QUAL: _____	NÃO () OBSERVAÇÃO: _____	DRENO
		SIM () NÃO ()
		Qual: _____
SIM () QUAL: _____	NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEJUM:	SIM (X) NÃO () À partir do dia: <u>21/02</u> às: <u>18h</u> Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO () Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO () Observação: _____
RETRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO () RETRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
ORLUGIAS ANTERIORES:	SIM () Qual/Quantas: _____
ALGUMA ORLUGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () Qual/Quantas: _____
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X) Observação: _____ LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO () Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____
(Assinatura e Carimbo)

Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIO

CÓD. 38404

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 447550

Senha da Classificação:

0063

Data e Hora: 24/07/2018 23:10

Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 07/03/1974 Idade: 44 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMBAUÍO

Nome da Mãe: JOSEFA MANDEL FELIX

Nome do Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: LUCIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17729

Endereço: RUA 11

173

Bairro: BARRA DE JANGADA

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: ANDERSON M

RG (Identidade): 41005411

SSP

Data de Emissão:

Fone: 8154215502

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03278237471

Data de Emissão CRN:

Cartão SUS: 808003901985635

ACIETE SEM RG SEM TELEFONE PARA CONTATO

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doença viral, febre alta e cansaço. Início com febre e calafrios há 5 dias. Tratado com analgésicos, sem melhora.

Exame Físico

Do. de faringe
Garganta = 15

Hipótese Diagnóstica

Infecção bacteriana

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Ceftriaxona 2G + 40 mg
Digoxina 0,5 mg
VAT SAT

ATENDIDO

ATENDIDO

Dr. Anderson M

Assinatura

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

ENDEREÇO DO PACIENTE

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



Ordem de Cirurgia: 37273 Sala: 0003 SALA 03 Atendimento: 447552
Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA Categoria:
Convênio Atend: 1 SUS - INTERNACAO Idade: 44 Anos
Leito: 704 402 - 02 - LT TRAUMA
Dt. Inicio: 01/08/2018 18:00 Dt. Fin: 01/08/2018 18:41

1. Pré-Operatório:
2. Pós-Operatório:

Procedimento: 5408030547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 38 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

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

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + GARROTEAMENTO E ESVAZIAMENTO DE MSD
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM REGIÃO POSTERIOR AO COTOVELO DIREITO
5. DISSECCÃO POR PLANOS
6. VISUALIZAÇÃO DA FRATURA + LIMPEZA COM SF 0,3% + REDUÇÃO DA FRATURA
7. FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 18 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. RETIRADA DO GARROTE E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL
10. TALA AXILOPALMAR DIREITA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Leonardo Camarotti de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11157

DR(A): LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



Dr. Leonardo Camarotti de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11157
01/08/2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data de Nascimento: 07/03/1974 Data Atendimento: 24/01/2018
Prontuário: 0000308529 Cód. Atendimento: 07/03/1974
Nome do Hospital: HON
Senha: 5476405
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Outros
☐ Acompanhamento Médico
Observação: FRACTURA EXPOSTA DA ULNA DIREITA

Recife, 24 de Junho de 2018

Anderson Ary Dias
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21731

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM: 21731





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Geriátrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 25/07/2018
Hora: 01:10

62-2

Unidade de Cirurgia: 37176
Paciente: 39153
Sede: Atend.: 1
Leito: 645
Dt. Início:
1 Pré-Operatório: 3520
1 Pós-Operatório:

Sala: 0003 SALA 03
Nelson Felix de Siqueira
SUS - INTERNACAO
BL-1 A
Dt. Fim: 25/07/2018 01:17
Atendimento: 447552
Carteira:
Idade: 44 Anos
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Procedimento: 0408020547

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQ DE NERVOS DE MMS

Convênio: 001
Anestesia: 74

QUIRURGIAO

14506 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ

Descrição Cirúrgica:

FRATURA EXPOSTA DE OLECRANO > 05 H

PROGNOSTICO RUIM, ALTA CHANCE DE INFECÇÃO, AGUARDA SEGUNTO TEMPO PARA FIXAÇÃO

01. DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO METICULOSO
02. LIMPEZA EXAUSTIVA 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 AXILO PALMAR *OK*

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

Assinatura Cirúrgica:

Descrição Complementar

DR(A): EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
CRM: 14506



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO 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:	0083
Convênio:	2 - SUS/SIA AMBULATÓRIO
Atendimento:	447550
SAME:	39183

Período: 24/07/2018 23:18 - 24/07/2018 23:20

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

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

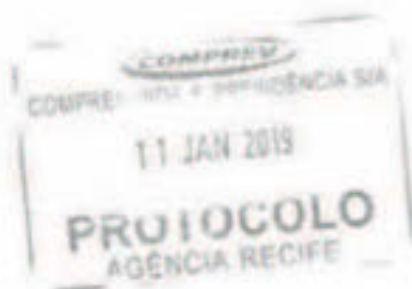
Cri: **VERMELHO**

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

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ITHAINA 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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE		BLOCO CIRÚRGICO		HISTÓRIA DO PACIENTE	
 HOSPITAL CÂMARA		REGISTRO: 09193 DATA: 31/01/18		LEITO: 11 HORA: 11:00	
Nome: Wilson Teles de Menezes Procedimento Cirúrgico: Faco e post. de abdômen					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS			
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" 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 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:				
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (fazer torneira, 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"/> Registrar-se: () Dor ao urinar () 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 no pós-anestésico <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 intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros:				
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ___ h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros:				
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros:				
7. Imobidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tractionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____ <input type="checkbox"/> Outros:				

PROTOCOLO
ARMAZENAMENTO

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 ____ / ____ °C / 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; () Pulso 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 flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Local: ____ <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alterações () Dor; () Calor; () 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 - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
---------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



Cópia : 20/08/2013

		HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO			
Atendimento: 451745		Especialidade:			
Data e Hora: 16/08/2018 11:58					
Paciente: 39183 IVSON FELIX DE SIQUEIRA		Sexo: MASCULINO			
Data do Nascimento: 07/03/1974 Idade: 44 anos		Convenio: 2 SUS/SIA AMBAURG			
Nome da Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX		Nome do Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA			
Estado Civil: CASADO		Nome do Médico: MARIA REGINA SILVA DE SATURNIO		CRM: 454849	
Endereço: RUA 11		173		Bairro: BARRA DE JANGADA	
Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE		Usuário Atendimento: LAISABR			
RG (Identidade): 41005411		Data de Emissão:			
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03278237471		Fone: 5194219992			
CRN (Certidão de Registro de Nasc):		Data de Emissão CRN:			

HDA - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: ()

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Indicações: _____

Carimbo/Médico

COMPREV
COMPREV - IMIP - SERVIÇO SIA

11 JAN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

20/1 de lúea
38/1 de ggo
1/1 de aia
1/1 de lúea
Vocalizantes
Estomaco
Fotolimp
CONSULTA DE ENTREVISTA
16/08/18
ASSINATURA

Scanned with CamScanner



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 447552

Data e Hora do Atendimento: 24/07/2018 23:43

Usuário do Atendimento: ANDERSON MS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Prontuário: 38183

Nome da Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX

Nome do Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA

Data do Nascimento: 07/03/1974

Idade: 44 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 41009811

SSP

Data Emissão:

CPF: 03278237471

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 806003901989635

Ocupação Habitual: SERVENTE

Endereço: RUA 11

173

BARRA DE JANGADA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54495220

Fone: 8164216692

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-1 A

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, 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:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Hora:

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Dr. IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CRM: 17726

RECEBUEIRO DE ATENDIMENTO
Módulo de
Internação

Assinatura do Responsável
SOLANGE LYRA
FELIZIANO DE OLIVEIRA
07/08/2018

COMPANHIA DE SERVIÇOS S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CCIH
HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
02/08/18

Scanned with CamScanner





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



Nome: <u>TUDON Felix Siqueira</u>		Registro: <u>39183</u>	Leito:
Procedimento cirúrgico: <u>POI 340 - elunin + nat - coto</u>		Data: <u>01/08/18</u>	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 checked="" type="checkbox"/>	<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 <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> 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 (ligar 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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24</u> / <u>24</u> 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 oclusivo por ____ h <input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	<input type="checkbox"/> Alertar pressão arterial de ____ / ____ mm <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <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: _____		

COO. 36608



Scanned with CamScanner



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	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <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 35,8 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 (X)	<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 (X)	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP</u> <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

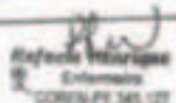
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



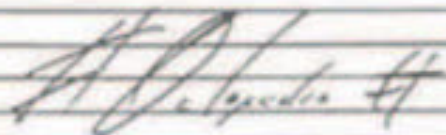
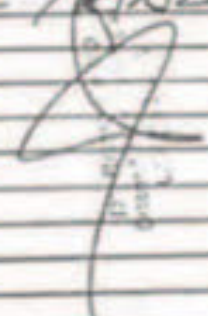
Scanned with CamScanner

Num. 71895010 - Pág. 20

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Observações
26/04/18	<p># Serviço Social # Realizada visita ao leito, com visita social, prestada Silvana com socor. Requirido DPVAT e fluxo hospitalar.</p> <p style="text-align: right;">MARCEL VIEIRA ASSISTENTE SOCIAL</p>
27/01/18	<p># Serviço Social #  RF já encaminhado ao setor responsável, muitas de exames se houve possibilidade de fazer sobre exames. EGA / ASD / com exames </p>

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN 2019
PROTOCOLO
SOLICITAÇÃO

Scanned with CamScanner



Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____


PROTOCOLO

Num. 71895010 - Pág. 22

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Descrição
26/04/18	# Serviço Social # Realizada visita ao leito, entre- vista social, prestada orienta- ção sobre Seguro DPVAT e fluxo hospitalar.
27/01/18	# Delgado # Paciente apresenta-se bem, com apetite melhor de 6 meses. Se houver possibilidade de fazer outro exame. E.G.R. H.S.D. com 100% 



Scanned with CamScanner





1. Identificação

 Leito da SRPA: 01

 Nome: Lucas, Felix de Saques
 data: 01/08/18 Hora: 16:30 Registro: 337436
 Leito de origem: 402 - D.A.
2. Procedimento cirúrgico

 Cirurgia: Tuorectomia Ext. totalizada D.
 Tipo de anestesia: Bloc Plano Braquial
 Equipe: M^o Vanda Cordeiro Anestesista: M^o Marcelo
3. Admissão

 Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave
 Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
 Sonda: () SVD () SNG () SNE
 Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: MSE
 Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
 Drenos: (x) Não () Sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 124 x 68 mmHg FR: — p/min FC: 69 p/min SaPO2: 100%
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30h	2:00h	3:00h
PA	<u>124 x 65</u>	<u>126 x 72</u>	<u>119 x 72</u>	<u>116 x 72</u>	<u>116 x 72</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>89</u>	<u>62</u>	<u>62</u>	<u>60</u>	<u>58</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:
6. Alta da SRPA

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

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

 Data: 01/09/18 Horário: 19:20 Responsável pelo encerramento: Dr^a Graciele Costa
Anestesiologista
01/09/2018

Alta da SRPA pelo médico: _____



Scanned with CamScanner

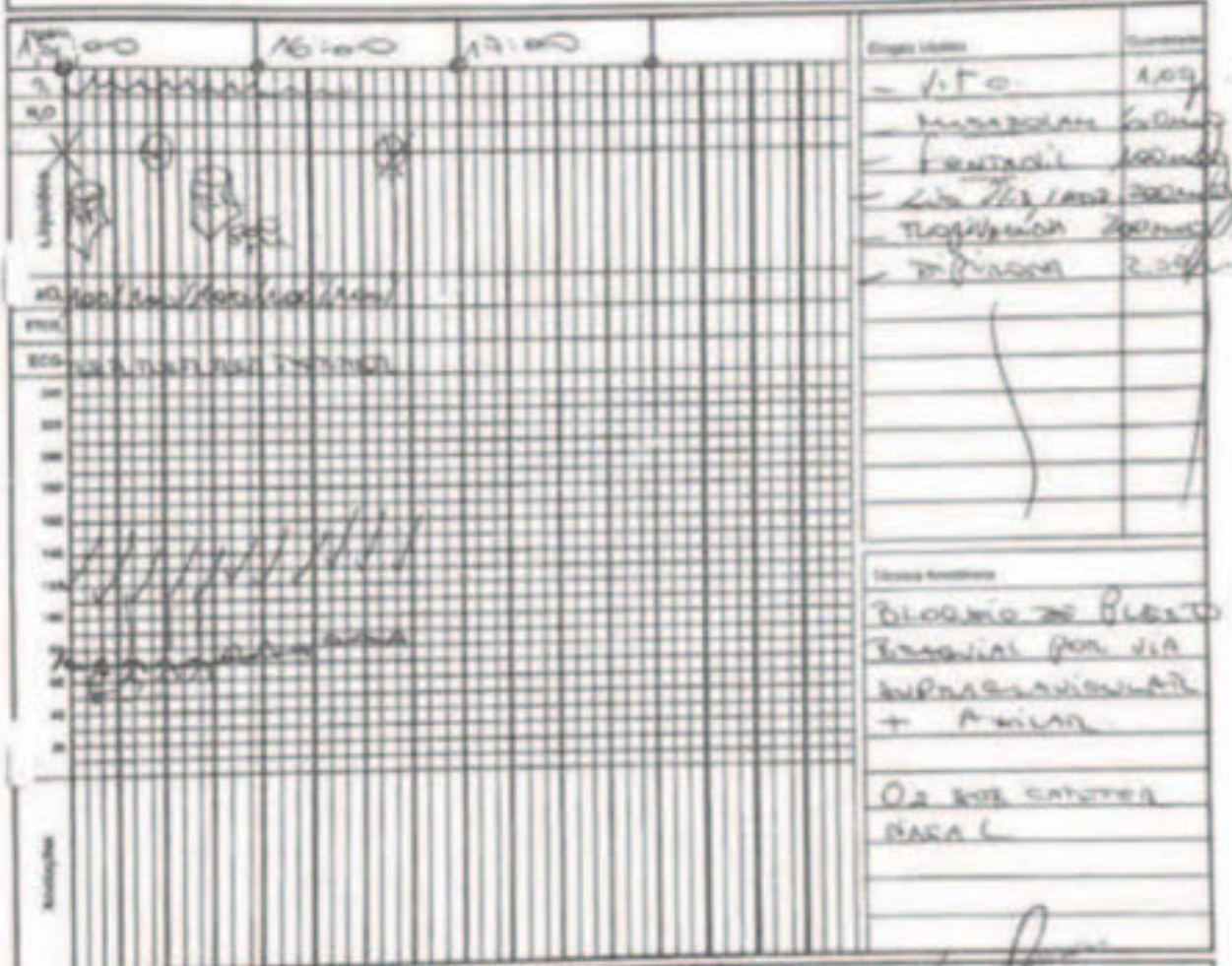


<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL DOM HELDER CAMARA</p> <p>Hospital Metropolitano São Dom Helder Câmara</p> <p>RMP Hospitalar</p> <p>CNPJ: 08.030.744/0001-60</p> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <p>Fundação Professor Melhiano Fernandes</p> <p>RMP Hospitalar</p> <p>CNPJ: 08.030.744/0001-94</p> </div>		
CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA		
<p>FUND. MARTINIANO FERNANDES</p> <p>Registro: 39193</p> <p>Nome: IVSON FELIX DE SIQUEIRA</p> <p>Matr: JOSEFA MANOEL FELIX</p> <p>End: RUA 11</p> <p>Endem: 402 - 02 - LT TRILASSA</p>	<p>Alimentação: 447552</p> <p>Leito: 704</p>	<p>Di.Cad: 30/09/2012</p> <p>Dr. Nasc: 07/03/1974</p> <p>Matr: SARRA DE JANGADA</p> <p>Cidade: JACATÃO DOS GUARARAPES</p> <p>CNS: 888003001888635</p>
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio 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?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> </div> </div>		
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões</p> <p><input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Há pontos críticos na cirurgia? Sim</p> <p>Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? ± 1h30min</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? Não</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Sim</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim X</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> </div> </div>		
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA		
<p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado Hd. eivar. Fnat + colocação</p> <p><input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Etiquetas estão identificadas com o nome do paciente N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido Não</p> <p><input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente Sim</p>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>COMPRÉ</p> <p>COMPRÉ: 1111 E INFLUÊNCIA 1111</p> <p>11 JAN 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AGÊNCIA RECIFE</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>Henrique</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COREN-PE 345.127</p> </div> </div>		

Scanned with CamScanner



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		 IMIP HOSPITAL		FICHA DE ANESTESIA		Data 01/08/18	Anestesiologista ONF
Nome do Paciente IVESON FELIX DOS SANTOS						Sexo M	Idade 35
Nome do Anestesiologista DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR						Nome do Cirurgião L. SANTOS	
Medicação Pre-anestésica midazolam 30mg + fentanil 100mcg						Injeção <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tipo de Anestesia T ^o bloqueio de funil de cotovelo						ORTO	
						39183	



Monitorização <input checked="" type="checkbox"/> Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> Oximétrico <input checked="" type="checkbox"/> Pn <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Capnográfico <input type="checkbox"/> Exat. Pré-Cardíaco <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> BVS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Sonda-Gel <input type="checkbox"/> Analizador Gases <input type="checkbox"/> Pn <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos <input type="checkbox"/> Lente Intra-ocular <input type="checkbox"/> Sistema BP Plus		Exames <input checked="" type="checkbox"/> Hematológico <input type="checkbox"/> Bioquímico <input type="checkbox"/> Imunológico <input type="checkbox"/> Outros		Intubação <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Desfibrilador Desfibrilador VEGA ALTOVOZ VEGA COMBIBITORES EM JETON - EXAMES QUÍMICOS	
---	--	---	--	---	--	---	--

COMPRET - IPA e PREVIDÊNCIA SIA
 11 JAN 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO

Assinatura do Cirurgião
 Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 3917

Scanned with CamScanner



[illegible]

0000 30403

UNIPREV
UNIPREV: 100% DE PREVIDÊNCIA S/A

11 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leitor: _____

1. 1.000
 2. 1.000
 3. 1.000
 4. 1.000
 5. 1.000
 6. 1.000
 7. 1.000
 8. 1.000
 9. 1.000
 10. 1.000
 11. 1.000
 12. 1.000
 13. 1.000
 14. 1.000
 15. 1.000
 16. 1.000
 17. 1.000
 18. 1.000
 19. 1.000
 20. 1.000
 21. 1.000
 22. 1.000
 23. 1.000
 24. 1.000
 25. 1.000
 26. 1.000
 27. 1.000
 28. 1.000
 29. 1.000
 30. 1.000
 31. 1.000
 32. 1.000
 33. 1.000
 34. 1.000
 35. 1.000
 36. 1.000
 37. 1.000
 38. 1.000
 39. 1.000
 40. 1.000
 41. 1.000
 42. 1.000
 43. 1.000
 44. 1.000
 45. 1.000
 46. 1.000
 47. 1.000
 48. 1.000
 49. 1.000
 50. 1.000
 51. 1.000
 52. 1.000
 53. 1.000
 54. 1.000
 55. 1.000
 56. 1.000
 57. 1.000
 58. 1.000
 59. 1.000
 60. 1.000
 61. 1.000
 62. 1.000
 63. 1.000
 64. 1.000
 65. 1.000
 66. 1.000
 67. 1.000
 68. 1.000
 69. 1.000
 70. 1.000
 71. 1.000
 72. 1.000
 73. 1.000
 74. 1.000
 75. 1.000
 76. 1.000
 77. 1.000
 78. 1.000
 79. 1.000
 80. 1.000
 81. 1.000
 82. 1.000
 83. 1.000
 84. 1.000
 85. 1.000
 86. 1.000
 87. 1.000
 88. 1.000
 89. 1.000
 90. 1.000
 91. 1.000
 92. 1.000
 93. 1.000
 94. 1.000
 95. 1.000
 96. 1.000
 97. 1.000
 98. 1.000
 99. 1.000
 100. 1.000

Handwritten notes on lined paper, possibly a calendar or schedule, with a small drawing of a person at the top.

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Num. 71895010 - Pág. 29

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Observações
23/01/13	História de hipertensão em uso de medicação para controle da pressão arterial. Apresenta quadro de insuficiência cardíaca de etiologia desconhecida. Plano terapêutico em discussão.
	<i>[Handwritten signature]</i>
	psicologia - deu visita à enfermaria, com encaminhamento a ps. no leito.
	<i>[Handwritten signature]</i> MACIEL, CLAUDIO psicólogo CRM 10.123
	<i>[Handwritten signature]</i> SANTOS, GABRIEL psicólogo CRM 10.123
01/02/13	<i>[Handwritten signature]</i> F. Baptista H Paciente já em uso de medicação para controle da pressão arterial.
	<i>[Handwritten signature]</i> A. H. Baptista
	<i>[Handwritten signature]</i> 500 / 100 / 100 / 60

11 JAN 2013
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner





IMIP - Hospital Dom Helder Câmara
BR 101 Sul Km 20 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000



RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA 44 anos 4 meses 25 dias Sexo: M
Endereço: 17726 - LACERDA SOARES
Unidade: HEM-HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA - Postal: 00000 - Internados Prontuário: 29111 Cad.Usu: Local de Entrega:
71-TRAUMA
Coleta: 30/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento: 07/03/1974

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado	12,4 seg.	Valor de Referência:
Tempo		De 10,4 a 13,0 seg.
RETS005 - 27/07/2018 - 11,8		
Atividade de Protrombina	72 %	Atividade: Superior a 70%
RETS005 - 27/07/2018 - 78		
INR	1,17	INR: até 1,2
Material: PLASMA	Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO	
		Data Assinatura: 30/07/2018 13:44:30

URÉIA

Resultado	24 mg/dL	Valor de Referência:
		De 1 a 5 anos: 10 a 30 mg/dL
		De 6 a 12 anos: 15 a 30 mg/dL
		De 13 a 18 anos: 16 a 40 mg/dL
		Homens até 50 anos: 19 a 44 mg/dL
		Homens acima de 50 anos: 18 a 35 mg/dL
		Mulheres até 50 anos: 15 a 40 mg/dL
		Mulheres acima de 50 anos: 20 a 43 mg/dL

RETS005 - 27/07/2018 - 20

Material: SORO

Método: URÉASE

DR. CLAUDIO ALBERTO CRUJEIRO
MÉDICO
CRM: 4000

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

Exames Anexados Eletronicamente

"Banco Oficial de Brasília"

"Anexo Não Colado pelo Laboratório"

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

Laboratório participante do programa RBC do Instituto Brasileiro de Hematologia Clínica.

Rua: 50 - João Teodoro de Moura, 57 - Fone: 3042-200 - Brasília - DF - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALBERTO CRUJEIRO - CRM: 4000

Data de Impressão: 01/08/2018 08:12:25 Página: 01



Scanned with CamScanner





HMIP - Hospital Dom Helder Câmara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000



RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA 44 anos 4 meses 25 dias Sexo: M
Entrada: 30/07/2018 12:45:29

Dr. (a): 17726 - DÁCIEL SOARES
Unidade: HMH-HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA - Posto: 00005 - CL: 00005 Fronteiras 30183 Cód.UB: Local de Entrega:
T1-TRAUMA 1
Coleta: 30/07/2018 12:45:00

Data de Nascimento: 07/01/1974

CREATININA

Resultado
0,53 mg/dL

Valor de Referência:
Homens: 0,72 a 1,35 mg/dL
Mulheres: 0,57 a 1,18 mg/dL

89761037 - 30/07/2018 - 0491

Materiais: SORO

Método: FICRATO ALCALINO CINETICO

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

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado
132,6 mg/L

Valor de Referência:
Até 5,0 mg/L

89761037 - 30/07/2018 - 0491

Materiais: SORO

Método: IMUNOTURBIDIMETRIA

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

POTÁSSIO

Resultado
4,2 mmol/L

Valor de Referência:
De 3,5 a 5,1 mmol/L

89761037 - 30/07/2018 - 0491

Materiais: SORO

Método: ION SELETIVO

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

SÓDIO

Resultado
137 mmol/L

Valor de Referência:
De 130 a 145 mmol/L

89761037 - 30/07/2018 - 0491

Materiais: SORO

Método: ION SELETIVO



DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 4000

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

Exames Assinados Eletronicamente

"Número Oficial de Brasília"

"Assinatura não Colada pelo Laboratório"

"Os resultados devem ser correlacionados com o contexto clínico do paciente."

Laboratório participante do programa RLM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

Rua Dr. João Tavares de Moura, 57 Perimetros 53250-240 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CERQUE 1310

Data de Impressão: 31/08/2018 09:14:22 Página: 1/1

RECIBO DE ENTREGA
11 JAN 2019

PROTOCOLO
LABORATÓRIO

Scanned with CamScanner



RA: 89761037 - IVSON FELIX DE SIQUEIRA 44 anos 4 meses 25 dias Sexo: M
Br[asil]: 17725 - IMACER, SOARES
Unidade: IMH-HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA - Postal: 000005 - Internados Pronto-Socorro 39183 Cod.MPS: Local de Entrega:
71-TRAUMA I
Coleta: 30/07/2018 12:46:00

Data de Nascimento: 07/03/1974

HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores			Valor de Referência	
	Linha Evolutiva			Homens	Mulheres
		07/08/2018	27/07/2018		
ERITROGRAMA					
Hemácias	3,88 x10 ¹² /L	4,18	---	4,4 - 5,8	4,3 - 5,4 x10 ¹² /L
Hemoglobina	11,4 g/dL	12,4	---	13,8 - 16,0 g/dL	12,0 - 14,8 g/dL
Hematócrito	34,2 %	37,2	---	40 - 52	35 - 47 %
VCM	88,1 fL	89,0	---	80 - 100	80 - 100 fL
HCM	29,4 pg	30,2	---	27 - 32	27 - 33 pg
CHCM	33,3 g/dL	34,3	---	32 - 37	32 - 37 g/dL
RDW	13,1 %	13,8	---	11,6 - 15	11,6 - 15 %
LEUCOGRAMA					
Leucócitos	100 %	7500 /L	6900	100 %	3500 - 11000 /L
Neutrófilos	74,1 %	5558 /L	6040	50 - 70 %	4500 - 7000 /L
Eosinófilos	7,5 %	563 /L	360	1 - 4 %	100 - 500 /L
Basófilos	0,7 %	53 /L	40	0 - 2 %	0 - 200 /L
Linfócitos	10,8 %	810 /L	700	20 - 35 %	1500 - 3500 /L
Monócitos	6,9 %	518 /L	360	2 - 12 %	400 - 800 /L
Plaquetas	179.000 /L	137	---	150.000 - 400.000 /L	

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para correção de valores de hemograma, incluindo o diferencial de neutrófilos e de linfócitos e de acordo com o Código Americano de Hematologia que orienta que neutrófilos bastantes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais. As padronizações pelo Laboratório Centralizado do grupo OPCA são a correção de basófilos e neutrófilos quando estiverem acima de 5% do total de neutrófilos.

Método: SANCOS

Método: AUTOMAÇÃO

Data Análise: 30/07/2018 13:44:20

HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)

Resultado
105 mm/1h

Valor de Referência:
Homens: até 9 mm/1h
Mulheres: até 10 mm/1h

07/08/2018 - 30/07/2018 - 30/07/2018

Método: SANCOS

Método: TESTE DE RESTRICÇÃO

[Assinatura]

Assinatura eletrônica do profissional
Data Assinatura: 30/07/2018 15:06:12

Exames Realizados Eletronicamente

"Módulo Oficial de Brasília"
"Unidade de Cuiabá" de pelo Laboratório

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

Laboratório participante do programa PECH da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

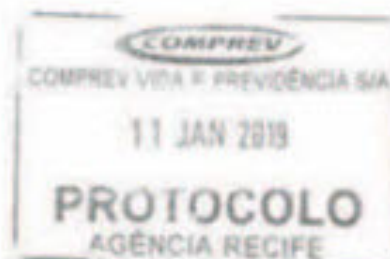
Rua Dr. João Faveiro de Moura, 17 Perimetro 53220-200 Glória - PE - Responsável Técnico DR. LUCIANO ALMEIDA CAMARÁ S1/5
Data da Impressão: 01/08/2018 08:12:20 Página: 1/2

COMPANHIA DE SERVIÇOS SIA

11 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned with CamScanner



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZAÇÃO DE PARTAMENTO EITUAL DE TRANSITO DEITMAN
TRANSFERENTE O REGISTRO DESTE VEICULO PARA

VALORES 3.000,00

RECEITA DO COLACIONADO: **WILSON FELIX DE**

SILVEIRA

no **53.4333** em **032.782.314.73**

residência **RUA 6, VILA SOCIAL, N. 133,**
BOAZERAS.

data **14/01/2017** **JOSAPAT DOS SANTOS, JO-04-2017**

*por **Josapat dos Santos***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

*em **14/01/2017***

NUMERO 10

NUMERO 10

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

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETACH-PEL N.º 012801580203

CERTIFICADO DE REGISTRO DE

1 487884332

JOSAPAT DOMINGOS DOS SANTOS
R ENGENHO DIAMANTE 11
LOT. FLORÉNTIA
GOIÂNIA-PE

362.793.644-00

YACISIO OLIVEIRA DO NASCIMENTO

ICRECI688CB381915

848 MOTOCICLETA

ALCO/GASO

HONDA/CG 135 VITAM EX

2012 2012

22/188CL

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA

Dip

GOIÂNIA-PE

14/08/16



PE Nº 010441835640		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DETRACQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PONTE OBRIGATORIO.			
CPF / CNH		PLACA	
000.782.376-71		FEP9221	
DIVISÃO FELIX DE STOMINA RUA SETS 195 CASA CAJUEIRO 8800 JAB GUARARAPES-SP			
54023-070		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PE Nº 010441835640		2010 10/09/10	
CPF / CNH		PLACA	
000.782.376-71		FEP9221	
377024864		2/ENINTERV XY 180 GT	
2011 08		LKYJCKL00C030164T	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PRÊMIO		PRÊMIO DO SEGURO	
PRÊMIO DO BILHETE		PRÊMIO DO SEGURO	
SEGURO		DATA DE EMISSÃO	
<input type="checkbox"/> COPIA ÚNICA		<input type="checkbox"/> FISCALIZADO	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 08.245.805/0001-04			
377024864		377024864	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190029201 Cidade: Jabotão dos Guararapes Natureza: Invalidez 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 seqüela

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.
***VÍTIMA 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 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, Candelas – 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, ressarcimentos, 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.

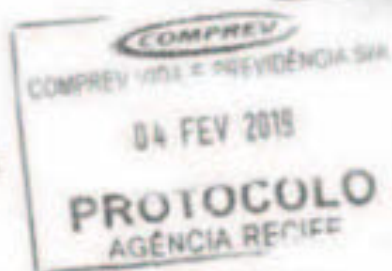
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, § 1º da Lei 1.060/50, e Constituição Federal, Art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com custas processuais sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente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

Recife, 05 de Novembro de 2018.


IVSON FELIX DE SIQUEIRA



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, Candelas – 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, ressarcimentos, 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, LXXIV, 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



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

CPF de: Próprio

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.dpvatsseguro.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

STEPHANNY PRISCILA DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

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
71895012	01/12/2020 17:56	Perícia médica 2	Outros (Documento)



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 1969.000
EM: 03.10.17

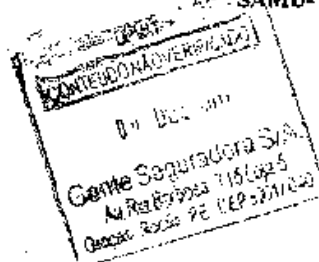
Atendendo ao requerimento do Sr. **IVSON FELIX DE SIQUEIRA, RG:514333 – MEX/PE,CPF:032.782.374-71**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S 384912** do dia 23 de setembro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 22h 31min vítima 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 5ª 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.

Jose 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.

Rosângela S. Azevedo
ADM. Matrícula: 132560
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





Tarefa Social de Energia Elétrica: Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02
PROPOSTA Nº 17/10/2017 - DE 17/10/2017
Companhia Energética de Pernambuco
R. João de Barros, 711, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51031-902
DNF 10.835.952/2017-08 | Ins. Est. 00294343 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
PROX AD VADUTO DE JARDIM S. PAULO

ENDEREÇO DA VIDEOTECA DE CONSULTORIA
RUA LORENA 50

CPF: 101.988.034-20

JARDIM SAO PAULO RECIFE
RÉCIFE PE
50790-030

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIO
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
MERCADO

Nº DA CONTRATAÇÃO: 17/10/2017

002682733 UNICA 08/10/2017

APRESENTAÇÃO: Nº DO CLIENTE: 101.988.034-20

08/10/2017 00011931317 00011931317

CONTA CONTRATO: 4007535268
DATA DE VENCIMENTO: 10/2017
DATA DE VENCIMENTO: 17/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 169,38

Consumo Atual (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Banda AMARELA	180.000000	0,7042117	126,76
Consumo Banda VERMELHA			4,03
Consumo de Iluminação Pública			2,35
ICMS Subvenção CDE NF 000431189-07/07/17			23,04
ICMS Subvenção CDE NF 00044581-07/07/17			2,43
Multa por atraso NF 000510388 - 06/09/17			1,20
Juros por atraso NF 000510388 - 06/09/17			2,73
Atualização GPM NF 000510388 - 06/09/17			0,22
			0,11

DATA	TIPO DA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
01/10/2017	CONTADOR	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017

DATA	TIPO DA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
01/10/2017	CONTADOR	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017

Assinatura eletrônica: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 17:56:28

DATA	TIPO DA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
01/10/2017	CONTADOR	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017	01/10/2017

04 DEZ 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 115 Lapa 5
Cidade: Rio de Janeiro RJ

CONTA CONTRATO: 4007535268
DATA DE VENCIMENTO: 10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 169,38
83880000001:169380011004-8 00753526810-0 09785567753-6





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 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>

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 resseguro.

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

Pelo exposto, eu **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **101.968.034** / **20** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **IVAN FELIX DE SIQUEIRA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **032.482.374** / **71** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **IVAN FELIX DE SIQUEIRA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **032.482.374** / **71**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

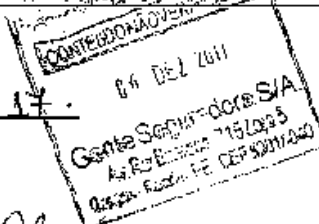
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA 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)9.8726-5603

RECIFE **01** de **DEZEMBRO** de **17**

Local e Data

Amaro Manoel de Oliveira
Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RHADNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS

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

Órgão SDS, portador do CPF nº 100.865.514-77, com

domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

6ª TRAVESSA 11 DE AGOSTO, nº 181,

complemento RESIDÊNCIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima TUSON FELIX DE SIQUEIRA, cujo o condutor era

TUSON FELIX DE SIQUEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN EX

Modelo: HONDA TITAN 150 EX

Ano: 2018

Placa: PDO 2359

Chassi: 9C2K01650FR065905

Data do Acidente: 23 DE SETEMBRO DE 2017

Local e Data: 21 DE NOVENBRO DE 2017



Rhadney Silva de Araujo Ramos

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

Rua Fátima de Azevedo, 223, Jd. V. RECIFE/PE CEP: 51251-510

REGISTRADO Nº: 001741219324 e 17.12.18 - 18h 00m 00s

RHADNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS

que confere c/ o padrão rec: RECIFE CARTÓRIO DO 10º Jd.

Recife, 21 de novembro de 2017, em testemunha da verdade.

Coloquei José Monteiro da Silveira (10 Set)

Envi.: R\$ 3,98 - 100%; R\$ 0,73 - Total: R\$ 4,66

Valido somente com o código 0017412193241702.03597

Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticar





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	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

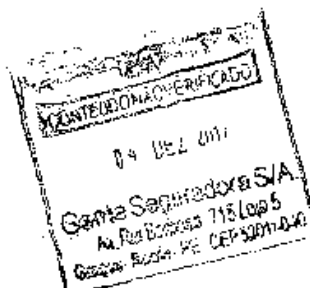
SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL.: ☒ 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					



UPA - UPA
MARCAS
MARCAS
MARCAS

Dr. Marcello Oliveira

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

UPA IMBIRIBEIRA marcello@ipa



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 RADIO DIR
SEM BLOQUEIO DE PRONO-SUPINAÇÃO

CD: IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ENC AO AMBULATORIO

Achado Radiológico:

Resultado de Exames (Laboratório e ECG):

Sinais de Alarme:

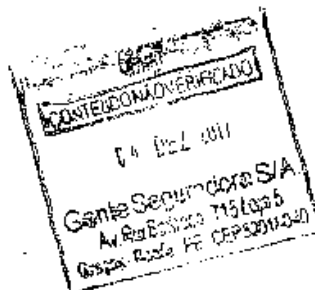
Ausente

Observações:

Sinais de Choque:

Ausente

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
NATÚRCIO A VERACIDADE
MÉDICO ELETROFISIOLÓGICO
Dr. Marcello Silveira
Coordenador Médico - CRM-PE 2.220



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

UPA_IMBIRIBEIRAmarce



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)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RADIO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV OUTR COMB REGIOES CORPO

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RADIO

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICACAO A VERIFICACAO DESSA COPIA DO PRONTUARIO
MEDICO ELETRONICO

Dr. Marcello Silveira
Coordenador Médico UPA - IMBIRIBEIRA

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_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

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 RADIO 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
RATIFICACAO A VERACIDADE DO DESACOLHIMENTO DO PRONTUARIO
MEDICO ELTON
Dr. Marcello Silveira
Coordenador Médico - UPA IMBIRIBEIRA

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

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Médicos
Todo Dia



Exames
Laboratoriais



RECEITUÁRIO

Laudo Médico



Paciente Ivens Felix de Siqueira, 43 anos,
of história de queda de moto e fratura do colo
do rádio a direita, no dia 23/09/17. Radiogra-
fia evidencia a fratura. Atualmente queixa-se
de dor e déficit de força em cotovelo direito
e desta forma, o paciente relata dificuldade
de prosseguir suas atividades
laborais

Class: S52.1

16/01/18

Alexandre Lima
Médico Ortopedista
CRM 21467

Médicos do Povo - Consultórios Médicos e Exames Laboratoriais.
Endereço: Rua Santo Elias, N° 292 - Loja A | Prazeres | Jaboatão dos Guararapes | PE.
FONE: (81) 3377.9151

17/01/2018 18:44





LYSON FELIX DE SIQUEIRA

DOC. IDENTIF. ORG. EMISSOR / UF
314333 MEX PE

DTI
032.762.374-71 DATA NASCIMENTO
07/03/1974

RELACAO
ANTONIO DE SIQUEIRA
JOSEFA MANOEL FELIX

PERMISSAO
ACQ
CAT. MAG
AN

Nº REGISTRO
05406895635

VALIDADE
23/08/2022

1ª HABILITACAO
20/06/2013

OBSERVAÇÕES
SAR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE

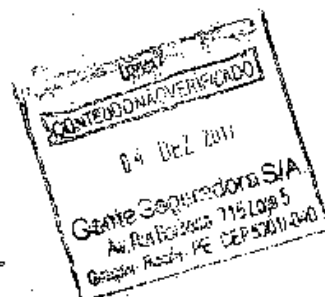
DATA EMISSÃO
24/08/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
33402406779
PRO09558006

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483194177

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483194177



MARCA VEICULO		ANO FAB.	ANO MOD.
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
COTA UNICA		VENIC. COTA UNICA	VENIC. COTAS
I P V A	1- 100% - 100%		1- 100% - 100%
	2- 100% - 100%		2- 100% - 100%
	3- 100% - 100%		3- 100% - 100%
PREMIO TAXA (IMO. IRS)		PREMIO TOTAL (RS)	DATA DE PAGAMENTO
REGUERO PAGO		REGUERO PAGO	REGUERO PAGO
OBSERVAÇÕES			
AL FIO ALM COM PEX ALM COM LITR			
DATA		DATA	
DATA		DATA	

RENAVAM		MARCA/MODELO	
R0551272		HONDA CG 150 TITAN EX	
ANO/FAB	CARTEIR	NR CHASSI	
2015	09	42C1660FR063905	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
IPR (R\$)	DETACH (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BUJUTE (R\$)	OF. IPB	TODAS AS REGRAS DE SEGURO (R\$)	
SEGURO BANC			
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input checked="" type="checkbox"/> PARCELADO		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 02.240.989/0001-04			
www.segurancafiduciosa.com.br			
LÉVY CONDIÇÃO DE SEGURO O SEGURO DPVAT			
DEVE SER PAGO EM COTA ÚNICA			



**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: [**ME** / **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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Cotovelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
Pé esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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


Dra. Ana Maria Barros Falcão
CRM: 276.998.874-72
CBO: 3021-10

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE



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 médico pericial: 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:



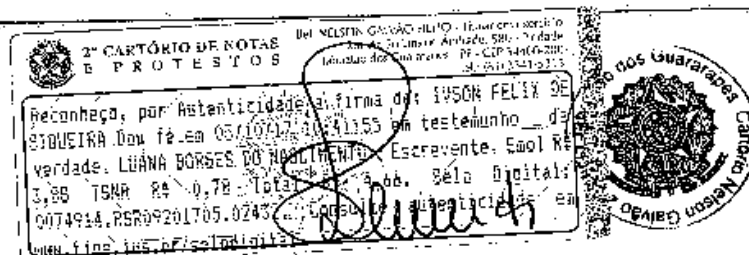
PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MOTOBOY, CI/RC nº
514.333, CPF/ME nº 032.782.379-71, residente e domiciliado(a)
à Rua RUA SEIS Nº 173 A CALVEIRO SECO, Cidade de
JABOATÃO DOS GUARARAPES, 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 Nº 50 JARDIM SÃO PAULO, na cidade de
RECIFE, Estado do PERNAMBUCO.

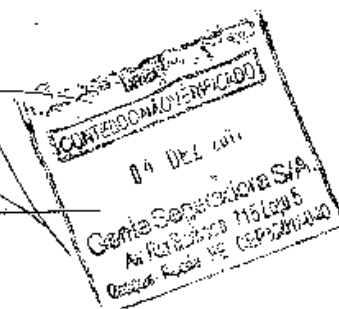
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras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



JABOATÃO DOS GUARARAPES 03 de OUTUBRO de 20 17.



[Signature]
OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3170647673**

Vítima: **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

00020704



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Nº Sinistro: **3170647673**
Vítima: **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

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.

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. 00201/00202 - carta_03 - INVALIDEZ

00060101



Carta nº 12104761



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



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. 01817/01818 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12395933



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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00835/00836 - carta_15R - INVALIDEZ

00020418





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO E
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR 001/2017**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://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 032.782.374-71	Nome completo da vítima IVSON FELIX DE SIQUEIRA
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IVSON FELIX DE SIQUEIRA	CPF titular da conta 032.782.374-71	Profissão Motoboy
Endereço R. SEIS	Número 173	Complemento A
Bairro TRAZES	Cidade JABOTICABAL DOS GUARAPES	Estado PE
E-mail LUIZOLIVEIRA177@GMAIL.COM	CEP 54330-070	Telefone (DDD) (81) 9.8314-0368

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

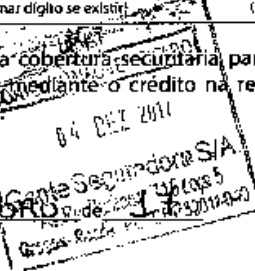
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<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"/> BRANCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1580 DV 0 (Informar dígito se existir)		BANCO NOME BRANCO NRO. 001	
CONTA NRO. 143075 DV 0 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 001 DV 0 (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. 001 DV 0 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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** 2017
Local e Data

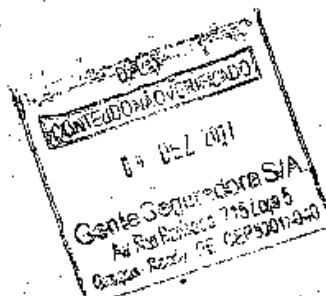
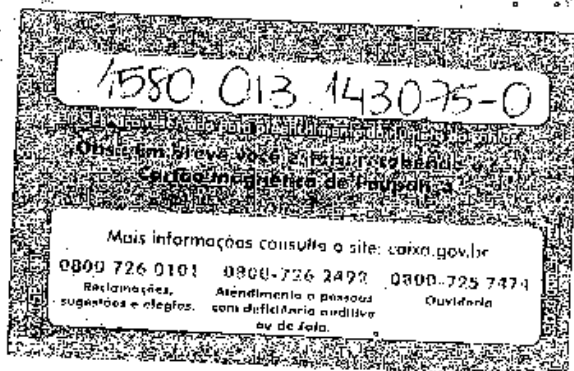
Assinatura do Beneficiário



Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





1 de 1



407922



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0102004193

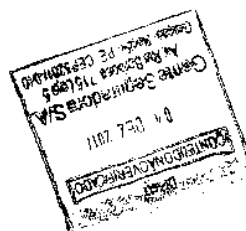
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/11/2017 às
10:47

**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 EMPREGO DE CANDEIAS - Bairro: CANDEIAS - JACATÃO
DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR AGENTE)
RHALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS (OUTRO)
IVSON FELIZ DE SIQUEIRA (VÍTIMA)

**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 Mãe: JOSEFA
MANOEL FELIX Data de Nascimento: 7/3/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SEIS, 173 - CEP: 85000-000 - Bairro: CAJUEIRO SECO -
JACATÃO DOS 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)

1 de 2

28/11/2017 10:41



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/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

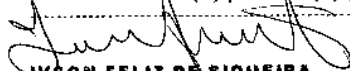
Placa: **PB02388** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**
Descrição: **TITAN EX**

MOTOCICLETA II (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY50Q** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

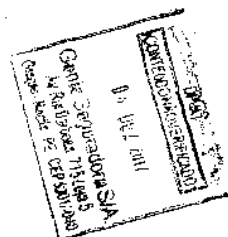
Complemento / Observação

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. Nº 5 384012.REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

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


IVSON FELIZ DE SIQUEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLAUDENIO CALIXTO DE PONTES** - Matrícula: **191698-2**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

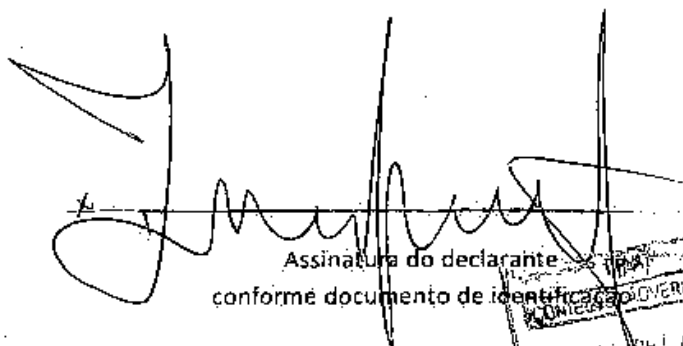


Eu, IVSON FELIX DE SIQUEIRA, portador da carteira de identidade nº 514333 MEX 76 e inscrito no CPF/ME sob o nº 032.182.374-71, residente e domiciliado na R. SEIS N. 173 - A, Cidade JABOATÃO DOS GUARARAPES, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo 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 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 conteúdo.


Assinatura do declarante
conforme documento de identificação VERIFICADO
06 DEZ 2017
Gente Seguradora S/A
Av. R. B. 713 Lda 5
Cidade: Recife PE CEP: 51010-000

RECIFE, 01 DE DEZEMBRO DE 2017.

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
71895011	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



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Arson Felix de Siqueira PORTADOR
DO RG EXPEDIDO PELO EM / / E
CPF Nº 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: Prazeres
CIDADE: Jaboatão dos Guararapes UF: PE CEP: 54330-070

LOCAL/DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO (a) BENEFICIÁRIO (a)



Secretaria
de SaúdeHOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO
GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento**

Nome: Filipe Felix de Siqueira Registro nº 59183
 Idade: 38 Sexo: M Data da Admissão: 30/09/12 Data da Alta: 07/10/12

Diagnósticos Definidos: Fratura exposta da
mal do pé e

Condução / Procedimentos Realizados: TTO cirúrgico
+ fixação com fio de

Prescrição para o Domicílio: Aus.
+ Salsão continua com o que vem

Informações Complementares: —

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: ☒ **SIM** Data da Consulta: **NÃO** ☐

Marco Antonio N. da
Traumatista - Ortopedia
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 95, CEP: 54.510-000
 Cabo de Santo Agostinho - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012569402**Cidade:** Jaboatão dos Guararapes**Natureza:** Invalidez**Vítima:** Ivson Felix de Siqueira**Data do acidente:** 30/09/2012**Emissor do parecer:** Camila Monteiro dos Santos**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**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:** RJ

DANOS

Dano

Perda funcional completa de um dos membros superiores

%	Dimensão	Graduação
70	1	50

Valor avaliado: 4.725,00



2012569402



RECEITUÁRIO

Ficha esclarecimento

Admimp = 30/09/2012
Perz = 02/10/2012

Jerson Kelly de Sousa, 38 anos

Declaro por os dados que
que o mesmo vítima acidente
no dia 30/09/2012 subindo
escadaria da Rua Roldim
e sofreu queda (E)
por consequência

16/10/2012

Dr. Alexandre Reis
Médico
CRM 12484Cid 102 S62.4
S62.6
S42.0



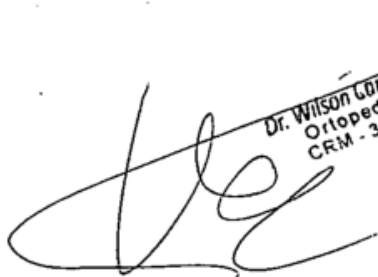
UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Barra de Jangada

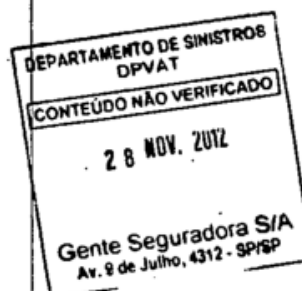


RECEITUÁRIO

Ugay F. Siqueira.

Paciente em tratamento
de clivagem inguinal, pós
cirurgia em 30.09.12.


Dr. Wilson Corneiro
Ortopedia
CRM - 3150 23/10/12



O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



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- TRATAMENTO CONSERVADOR

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 susceptível(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 íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). 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 vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, 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
Dores Mendes

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares





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

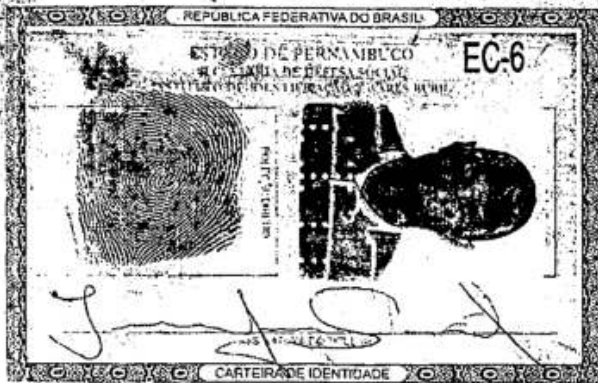
Digito Verificador: 00

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.asp> 08/10/2012





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

Digito 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.asp> 08/10/2012



OUTROS



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

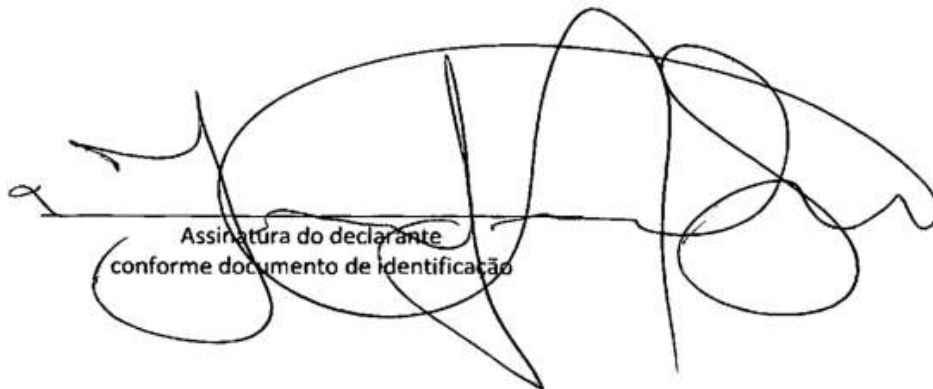


Eu, Jyson Felix de Siqueira, portador da carteira de identidade nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na Rua 6 nº 173, Cidade Maritima do Guararapes, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento 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.

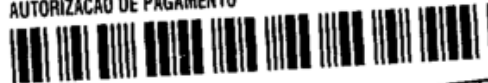

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

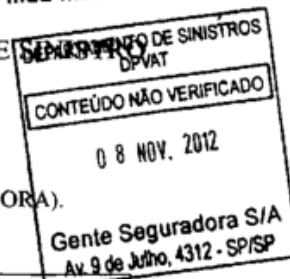


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



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



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 _____ EM _____
 CPF/CNPJ Nº 032.782.374-71 PROFISSÃO Vigilante
 E RENDA MENSAL R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (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 DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA CORRENTE _____

() CREDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____

() CREDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____

() CREDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____

☒ CREDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 1580 - Nº CONTA POUPANÇA 95686-3

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

LOCAL _____ DATA _____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____



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

1580 013 95686-3

Este espaço é reservado para o preenchimento do número da conta

1580 013 95686-3

Para mais informações consulte o site: cota.gov.br

0800 726 0101 0800 726 2492 0800-725 7474

Rede de atendimento
10/24h e 7 dias
Atendimento online
Ouvidoria

17.103-904





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

BOLETIM DE Ocorrência N°. 12E0109008731

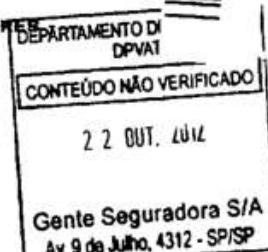
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2012 às 17:42

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 30/9/2012 às 08:28

Fato ocorrido na endereço: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 01, RUA RECIFE - Bairro: PRAZERES**
Município: **JABOATÃO DOS GUARARAPES - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**
Local de Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

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**; Pai: **ANTONIO DE SIQUEIRA** Data de Nascimento: **7/3/1974**; Nacionalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **4100841/SDS/PE (RG), 03278237471 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**; Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**;
Profissão: **VIGILANTE**; Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **3180989788**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 173, RUA SENE, N° 173, VILA SOCIAL, 50000-000, PRAZERES, JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**
Dados Comercial: **NAO INFORMADO**

(AUTOR \ AGENTE) - **DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**
Mãe: **NAO INFORMADO**; Pai: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **NAO INFORMADO**; Nacionalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**
Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**
Endereço Residencial: **NAO INFORMADO**
Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**
Dados Comercial: **NAO 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 / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO** - Objeto apreendido: **Não** - Número da Série: **NAO INFORMADO**

<http://www8.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=109&idOc=3386720&t...> 9/10/2012



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

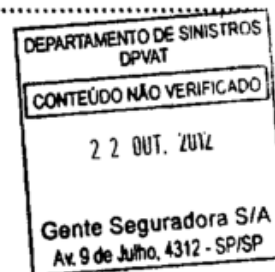
Placa: NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

Retira 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 Motoesteleta de 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. Declara que foi socorrido por populares, na qual foi levado ao Hospital Dom Helder Câmara, 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)



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

