

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190616502

Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190616502

Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS

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

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

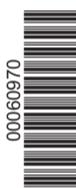
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190616502

Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190616502

Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190616502 **Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: 02/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARCELO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000004039

Conta: 000001051857-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190616502 **Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: 02/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

of 2

09/10/2019 15:43

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO****SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL****POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO****DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -****DP28ªCIRC DIM/6ªDESEC****BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0118009696**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2019** às
16:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **2/9/2018** às **00:06**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, AVENIDA F PRÓXIMO AO MERCADO BATISTA** - Bairro: **MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
HELIO MARTINS DA SILVA (OUTRO)
MARCELO DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARCELO DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Data de Nascimento: **31/5/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8373804/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 983576630**

Endereço Residencial: **TRAVESSA DO SABUGI, 1, 4ª TRAVESSA - NOBRE - CEP: 55000-000**
- Bairro: **CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

HELIO MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HELIO MARTINS DA SILVA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **HELIO MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE500** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: PGR8884 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014

Complemento / Observação

RELATA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA RETRO CITADA, QUANDO AO FAZER UMA MANOBRA PERDEU O CONTROLE E COLIDIU NUM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA PARADO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, ONDE FICOU INTERNADO E POSTERIORMENTE PARA O HR. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

Marcelo da Silva Santos
MARCELO DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA** - Matrícula: 3810658

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO DA SILVA SANTOS

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04039

CONTA: 00001051857-5

Nr. da Autenticação 77815568FAE25DE0



PREFEITURA DA CIDADE DO PAULISTA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

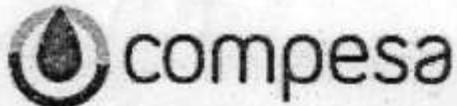


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 06.06.2019,
EM: 04.06.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **MARCELO DA SILVA SANTOS**,
RG Nº 9.373.804 - SDS - PE, CPF Nº 119.530.524-95, declaramos que
baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 521293** do dia **02 de setembro de 2018**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 00hs e 06min, vítima de colisão envolvendo motocicleta x automóvel, na Av. F, S/N, Maranguape II – Paulista, nas proximidades do mercado Batista, sendo em seguida removido para o hospital Miguel Arraes.

Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190716217220 Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS PESSOAIS
MARIA CARMEM DE OLIVEIRA E SILVA
AV TIRADENTES, N. 00366 - RIO DOCE OLINDA PE 53080-490
INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

MATRÍCULA: 01621722.0 DATA: 07/2019-3

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

DISPONÍVEL: ENDERECO PARA ENTREGA

HISTÓRICO ÁGUA LIGADO	HISTÓRICO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECOBÔMBS CONSUMO:	ESGOTO:	PÚBLICO:
CONSUMPTIVA A165332116	DATA LEIT. ANTERIOR 29/06/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/07/2019	VOLUME:	REAL / REAL	-
ÁGUA LEIT. ANT.: 271 LEIT. ATUAL: 283 LEIT. FAT.: 283	CONSUMO: 12	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 12		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO					
06/2019 9/ 9	A	TURBIDEZ	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
05/2019 8/ 8	A	COR APARENTE	119	119	108
04/2019 9/ 9	A	CLORO RESIDUAL	119	119	118
03/2019 7/ 7	A	COLIFORMES TOTAIS	119	119	107
02/2019 7/ 7	A	E.Coli	119	119	114
01/2019 9/ 9	A	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			117
MÉDIA 8/ 8	A				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

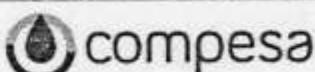
VALOR R\$

ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3		41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3		9,48
ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3		41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3		9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019			1,72
DOAÇÃO AO HOSPITAL DE CANCER 07/2019			1,00

PIS	101,56	1,65	1,68
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO	15/08/2019	TOTAL A PAGAR	104,28
------------	------------	---------------	--------

Emitido por: INTERNET Emitido em: 30/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 01621722.0 DATA: 07/2019-3

VENCIMENTO	15/08/2019	TOTAL A PAGAR	104,28
------------	------------	---------------	--------

CÓDIGO DE BARRAS VIA COMPESA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antônio Mancarino Ferreira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554-45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcos da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 119.530.591-95,
do sinistro de DPVAT cobertura TIVELHOS da Vítima Marcos da Silva Santos
inscrito (a) no CPF sob o N° 119.530.524-95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>AV. Tiranhas</u>	Número:	<u>366</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Rio Doce</u>	Cidade:	<u>Olinda</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>53.080.490</u> Tel.(DDD):

Local e Data: Olinda 27.10.19


Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.530.524-95 Nome completo da vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: MARCELO DA SILVA SANTOS	6 - CEP: 119.530.524.95		
7 - Profissão: RECLUSO	8 - Endereço: SABUSI	9 - Número: 23	10 - Complemento: DE
11 - Bairro: NERA SABUSI	12 - Cidade: PAULISTA	13 - Estado: SP	14 - CEP: 53.401.460
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (81) 8176-4047	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (337) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 4039 CONTA: 01051857 (5)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valenzas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Marcelo da S Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS [DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES]	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		119.530.524-95	MARCELO DA SILVA SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
MARCELO DA SILVA SANTOS		119.530.524-95		
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSO		RUA DO SANGUE	23	
11 - Bairro:		PAVINIA	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro			PE	53.401-450
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDO): (81) 8176-6067		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: SANTANDER		
AGÊNCIA: _____		CONTA: _____	AGÊNCIA: 6039	
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou namorado (amigo)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data,		10.01.20		
		41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				
43 - Assinatura do Procurador (se houver)				

NÃO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

Página 1

Santander Data 10/01/2020 Hora 10:47 Local 4039 PAULISTA

EXTRATO DE CONTA - CONSOLIDADO

Conta 0033 4039 000010518575

MARCELO DA SILVA SANTOS

Data inicio

Data fim

Produto 22 CONTA CORRENTE

Subproduto 8949 SANTANDER MASTER

Saldo anterior -60,56

DT. contábil *	Hist. Descrição	Nº doc.	Valor D-C	Saldo
09/02/2018	2002 ADIANTAMENTO DE SALARIO HUMANUS - 11853137000105	010209	150,00 C	89,44
09/02/2018	0021 LIQUIDO DE VENCIMENTO HUMANUS - 11853137000105	010209	846,00 C	935,44
09/02/2018	0204 SAQUE TERMINAL	004039	-930,00 D	5,44
01/03/2018	0036 IOF IMPOSTO OPERACOES FINANCEIRAS PERÍODO: 01/02 A 28/02/18		-0,03 D	5,41
03/01/2020	0001 DEP DINHEIRO CAIXA	155439	20,00 C	25,41

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNES

6431569

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - Nº Prontuário

118047

Nome do Paciente

MARCELO DA SILVA SANTOS

7 - Cartão Nacional do SUS

706806202561420

8 - Data de Nascimento

31/05/1995

9 - Sexo

Masculino

Feminino

X 1 3

10 - RaçaCor

03 - Parda

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato

8198989725

14 - Telefone de Contato

986763398

11 - Nome da Mãe

MARIA APARECIDA DA SILVA

12 - Nome Responsável

MARIA APARECIDA

13 - Endereço (Rua, N°, Bairro)

2 TRAVESSA SABUGI, 11 - NOBRE

14 - Município

PAULISTA

17 - IBGE

261070

18 - UF

PE

19 - CEP

53401457

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 ENTRE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 SEMANA RESULTANDO EM FRATURA DE FEMUR ESQUERDA JA OPERADA E FRATURA DE 3 A 5 TARSO ESQUERDO COLOCADO FIO K . FOI ENCAMINHADO AO HR NO DIA 05/09 PARA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA POR CONTA DE ALTERAÇÕES NA E CRANIO. RETORNA HOJE . REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO . APRESENTA SINAIS FLOGISTICOS . FIOS K MAL POSICIONADOS AO RX CONTROLE

1 - Condições que justificam a Internação

AS ACIMA

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 EXAME CLINICO E RADIOLOGICO

V2391546

3 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

24 - CID 10 Principal

S923

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

X83.8

04.15.01.6

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

0415020069

29 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016000814998

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

34 - Data da Solicitação

12/09/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia

16863

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - Vínculo com a Previdência

40 - Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

() CNS () CPF

Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH

261810163903-2

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 125515

Código do Laudo: 444213



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 444435

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARCELO DA SILVA SANTOS**

Idade: 23a 3m 14d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO
Escolaridade:

Prontuário: 118047

Data de Nascimento: 31/05/1995

Profissão:

R.G.: 9373804

C.P.F.:

Endereço: 4 TRAVESSA SABUGI

Telefone: 986763398

CEP 53401457

- PAULISTA

- PE

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-07

Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 13/09/2018 09:26

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

20109
CLAUDIO EVANIS
MATTURIST

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 18/09/18

Hora da Alta: 17:30

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Boas condições clínicas

fx 3.4 e 5º mTR

Diagnóstico Principal.....:

*REVISADA
~CIH-HM!*

Diagnóstico Secundário01::

RafI com Rx TC 3.5 + Tend

Diagnóstico Secundário02::

Procedimento.....:

*Filipe Guedes
Grippada/Internado
Caiçara*

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

[Assinatura]
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 444213 Prontuário: 118047
Paciente.....: MARCELO DA SILVA SANTOS
Endereço.....: 4 TRAVESSA SABUGI
Bairro.....: NOBRE
Cidade.....: PAULISTA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.....: -
CID's Secundários.: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 12/09/2018

SAME: 105071

Hora Atend: 22:10 Data Atend: 11/09/2018
Idade: 23 a

UF.: PE CEP: 53401457
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 22:09

Prestador da Evolução Médica:

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE / 16863
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES PROTOCOLO CL

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

EL ARRAS
PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/09/2018 22:08

Data e hora retirada da senha: 11/05/2018 22:00

	Nome Paciente: MARCELO DA SILVA SANTOS
	Cód. Paciente: 118047
	Data de Nascimento: 31/05/1995
	Sexo: Masculino
	Idade: 23
	Senha: 0034
	Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGEN
	Atendimento: 444213
	SAME: 105071

Digitized on 11/09/2018 22:15 - 11/09/2018 22:15

Período: 11/09/2018 22:15 - 11/09/2018 22:15
URIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Gore

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO DO HR, JÁ É PACIENTE DO SERVIÇO, CONSCIENTE, ORIENTADO.
EMPÓS OP DE FRATURA DE FEMUR + PÉ.

Observação:

EMPOS UP DE FRATERNAL
SACADA OFICERIA

Fluxograma sintoma:

AVALIAÇÃO DA UNI UNIDADE DE ORTOPEDIA

co-organizadora/es

- REVISÃO DE ORTOPEDIA
- REVISÃO DE RUMATOLÓGIA

Sinais Vitais Lidos:

SACB - ESCALA DE GLASGOW: 15

REVISADO
NEPI-HIA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/09/2018 22:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de

Atendimento: 444213

Data e Hora: 11/09/2018 22:10

Senha da Classificação:

0034

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 31/05/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: 4 TRAVESSA SABUGI

11

Bairro: NOBRE

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nr Documento Estrangeiro:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora: 22:45

Peso:

Altura:

Temperatura:

Queixa Principal

Sintoma acentuado doloroso ligeiro + amassado
fraturoso envolvendo braço + mão + dor intensa
+ fratura diafisar fêmur (grau 2 operado).

Exame Físico

Paciente não sabe informar se realmente
tenovas. Apresenta ferida aberta (nº 12x 5cm).

Hipótese Diagnóstico

CD: luxação

Resgatar protetor (avaliar alto-
mobilidade) tenovas vero não tem real gasto.

Prescrição Médica

Matheus Passos Maia Coelho
Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.338

Dr.
Gabin
L...

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha:

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
12/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE SEXO MASCULINO 23 ANOS REFERE ACIDENTE MOTO HÁ 1 SEMANA RESULTANDO EM FX DE FEMUR E JÁ TRATADA E FRATURA DO 3-5 METATARSOS ESQ. TRATADA COM FOI K. EVOLUIU COM ALTERAÇÃO DO NIVEL DE CONSCIENCIA NO DIA 05/09 FOI ENCAMINHADO AO HR PARA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA . RETORNA HOJE COM RELATO DE DOR EDEMA EM PÉ ESQUERDO
	NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.
	AO EXAME : BEG ORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL CORADO HIDRATADO NORMOTENSO
	MIE: EDEMA E SINAIS FLOGISTICOS EM PÉ ESQUERDO
	FO DA COXA SEM ALTERAÇÕES
	HD: POI DE TTO CIRURGICO DE FX DE FEMUR ESQUERDO
	POI DE TTO CIRURGICO DE FX DE 3 A 5 MTT ESQUERDO
	COM FIO K
	INFECÇÃO DE FO?
	CD: INTERNAÇÃO
	SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
	INICIO ATB
	PROGRAMO PROCEDIMENTO
13-09-10	<i>Dr. Samuel M. Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 26.555</i>
06:50	<i>HD: AS internar Praticante e Enfermeiros estavam se deslocando no manobras. Bem ca- conselheiros e habilidosos em普 normas de mão- Jinais suscitados em Dr.</i>

*Praticante e Enfermeiros estavam se
deslocando no manobras. Bem ca-
conselheiros e habilidosos em普
normas de
mão- Jinais suscitados em Dr.*

CD: Ab- Cirúrgico

*Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.555*

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 51907
Paciente : 118047

Convênio Atend. : 1
Leito : 560
Dt. Início : 17/09/2018 13:56

Cid Pré-Operatório : S923
Cid Pós-Operatório : S923

Sala : 0002 SALA 02

MARCELO DA SILVA SANTOS
SUS - INTERNACAO
VERD2-07
Dt. Fim : 17/09/2018 15:52

Atendimento : 444435

Carteira :
Idade : 23 Anos 17 Dias 16 Horas

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimentos

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA /
INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001
Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY.

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE 3º E 5º MTTE + LESÃO TENDÕES EXTENSORES DE 4º E 5º MTTE

INTERVENÇÃO: RAFI COM FIO K 2.0+ TENODESE DO 4º/5º EXTENSOR +SUTURA

OPERADOR: DR ROMERO NERY

1º AUXILIAR:DRA MARILIA LIMA

2º AUXILIAR:DR FILIPE GUEDES

ANESTESISTA:DRA MAIRA

ANESTESIA:RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. ABORDAGEM DO FOCO DE FERIDA EM REGIÃO DORSO-LATERAL DO PÉ ESQUERDO. OBSERVADO PERDA DE SUBSTÂNCIA
E LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DO 4º/5º PODODÁCTILOS.FRATURA 3º E 5º METATARSOS

5. LAVAGEM COM SF 0,9% 2.000 ML

6. REALIZADA REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIO K EM 3º E 5º MTTE; E REALIZADA TENODESE DO 4º/5º

EXTENSORES COM 3º EXTENSOR.

SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0

CURATIVO

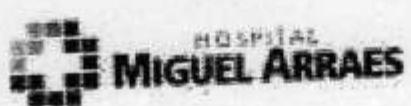
9. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
20/09/18
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM : 15570



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

IDADE: 23 anos SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 12/9/2018 DATA DA ALTA 18/09/18

DIAGNÓSTICO: Espondilite lombossacral com envolvimento da articulação sacroiliaca

+ lesão Tendões Retináculos 6º e 7º

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: Redutor de dor + Fixação intramedular fio K + Fr

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Dn Romano Neto (15 dias)
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO (X) NÃO SE APlica ()
- Ciprofloxacin 500mg (2x1 dia) p.o 1h/dia
- Clindamycin 300mg (2x1 dia) p.o 06/06 horas p.o 1h/dia

PROGRAMA ÁPOS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Filipe Guedes
Ortopedia / Traumatologia
CRM: E 22789

- En. Roberto Telles

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Atendimento: 444435

Dt Atendimento: 13/09/2018 - 09:26

Dt Alta: 18/09/2018 - 10:00

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 560 VERD2-07

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEMA

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ALYNE DE MOURA AZEVEDO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNES

6431569

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

MARCELO DA SILVA SANTOS

6 - Nº Prontuário

118047

7 - Cartão Nacional do SUS

8 - Data de Nascimento

31/05/1995

9 - Sexo

Masculino

Feminino

X 1

10 - RacaCor

03 - Parda

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe

MARIA APARECIDA DA SILVA

12 - Telefone de Contato

8198989725

13 - Nome Responsável

ELIO

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)

RUA CINQUENTA E SETE, 54 - MARANGUAPE II

17 - IBGE

18 - UF 19 - CEP

261070

PE

53421291

16 - Município

BOM JESUS DA LINDA VISTA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTO-CARRO HA APROXIMADAMENTE 3 HORAS APRESENTA-SE AGITADO E REFERINDO DOR EM MIE (COXA, PERNA E PÉ), COM DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA E FERIMENTO EXTERNO EM FACE ANTERIOR E PERNA ESQUERDA E FACE DORSAL DE Perna ESQUERDA. NEGA A HISTÓRIA. ACOMPANHANTE REFERE QUE O MESMO É PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.

21 - Condições que justificam a Internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO + FX EXPSSOTA DE 3º, 4º E 5º META ESQ. + FERIMENTO EXT. Perna E.

24 - CID 10 Principal

S723

25 - CID 10 Secundário

V870

26 - CID 10 Causas Associadas

V23.9 04.15.03.C01.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR

28 - Código do Procedimento

0408050233

...especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

702609741329143

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

IAN BUSTORFF FREIRE

34 - Data da Solicitação

02/09/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

26559

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização de Internação

AIH

261810163892-2

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

() CNS () CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

AIH
261810163893-3



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP. : 53.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **442988**

Usuário: PAULAFSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: MARCELO DA SILVA SANTOS	Prontuário: 118047		
Idade: 23a 3m 3d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 31/05/1995
Profissão:	Escolaridade :		
R.G.: 9373804	C.P.F.:	Telefone: , 54 - MARANGUAPÉ II	CEP 53421291
Endereço: RUA CINQUENTA E SETE	- PAULISTA - PE		
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Dados da Internação		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 02/09/2018 03:33		
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Plano: GERAL		
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERMELHO - EXTRA 004		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	Estado civil :
Telefone:	CIDADE: Estado civil :	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05/09/18 Hora da Alta: _____ :

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: _____

Diagnóstico Principal.....: ① Frat. deslocado n° mm e
REVISADA n° mm e

Diagnóstico Secundário01: ② Frat. n° mm CII-HM n° mm CRM ③

Diagnóstico Secundário02: ③ Fraturamento extremo em n° mm ④
④ n° mm

Procedimento.....: ① Ict + DC + PE n° mm n° mm + n° mm 31/09/18

② RFA PE d. h.m
em n° mm ④

Dr. Luciana Moser
Traumato - Ortopedia
CRM: 17.171

Médico e CRM:

Maria Alves
Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 442981 Prontuário: 118047 SAME: 105071 Hora Atend: 01:12 Data Atend: 02/09/2018
Paciente..... : MARCELO DA SILVA SANTOS
Endereço..... : RUA CINQUENTA E SETE
Bairro..... : MARANGUAPE II
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53421291
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários.: -
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 02/09/2018 Hora Saída : 03:31

Prestador da Evolução Médica: IAN BUSTORFF FREIRE

DIAGNOSTICO
ENF RENATA ASSUNCAO

IAN BUSTORFF FREIRE / 26559
CIRURGIA GERAL

Atendimento: 442981

Senha da Classificação:

0003

Data e Hora: 02/09/2018 01:12

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 31/05/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CINQUENTA E SETE

54

Bairro: MARANGUAPE II

Cidade/UF: PAULISTA PE

Usuário Atendimento: ADRIANABP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal:

Paciente Admitido com dor de
DE USO DE BEBÊS DE 2000GOLS. PREM
DE DORSO E TÓNUS DO DORSO

Exame Físico

QUE O ATENDEU.

ESCONDOU EM FOLHA, TÓXICO

EXAMENOS E MESSA E MARCA FRACUN

Hipótese Diagnóstico

Hipótese: INOCENTE.

TEC = 15.

Prescrição Médica

Alemberturonto Bruto

C6 T0290T0290

J. EDSON LIMA DE SOUZA
Cir. Geral e Endoscopia Digestiva
CRM 16465

#SOT#

PACIENTE VITIMA DE TRAGA MOTO-CARRO AGITADO
nos coxipatio, nos posses inflamor a dor
de sublante refere dor em Pern e Coto (E)
refere dor de borbola alcoolica. Agarparal
refere que o mesmo i pernella de engorgo

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência

Senha:

Transferido: Para _____

Encaminhado ao setor de internação

SOLICITO RX COXA (E) / PERN (E) joelho (E) / TUR (E)

APL Refil.

Dr. Gustoff Freire
Ortopedia / Reumatologia
CRM-PE 26.569

Negro gibrinus. MIF: Deformidade em coxa.
Pern desquebrado com fraturado extenso em
sem desquerida pern (E). Pern + tibia posterior (+)

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/09/2018 01:07


Nome Paciente: MARCELO DA SILVA SANTOS
Cód. Paciente: 118047
Data de Nascimento: 31/05/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: 0003
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 442981 
SAME: 105071

C6
atend.

Período: 02/09/2018 01:16 - 02/09/2018 01:17

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO - CARRO HIPOCORADO DESORIENTADO EM AR AMBIENTE C/ SIANIS DE FRAT. EXPOSTA EM MIE EM ESCORIAÇÕES EM MSE ABD, E MID

Observação: VINDO C/ SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Primumador(es):
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 110.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 95.00 %

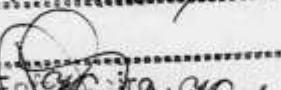
REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

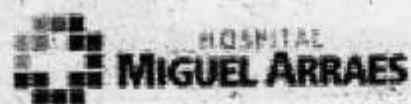
Local ... MIE / M3G / Corro D.


Enfermeira
APRUR/URGENCIA/EMERGÊNCIA
COREN-PE 265.143

REVISADO
MED/HMA

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/09/2018 01:17



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
2/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITMA DE TRAUMA MOTO-CARRO HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS APRESENTA-SE AGITADO E REFERINDO DOR EM MIE (COXA, Perna e Pé), COM DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA E FERIMENTO EXtenso EM FACE ANTERIOR E Perna ESQUERDA E FACE DORSAL DE Perna ESQUERDA. NEGA ALERGIAS. ACOMPANHANTE REFERE QUE O MESMO É PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.
	REG, AFEBRIL, EUPNEICO, DESCORADO, DESIDRATADO MIE: DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA + FERIMENTO EXtenso EM Perna DIREITA (FACE ANTERIOR) E FERIMENTO EXtenso EM FACE DORSAL DE PÉ ESQ. PULSO TIBIAL POST. +
	RX EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO E 3, 4 E 5 MTE
	HD. FRATURA EXPOSTA DE 3, 4 E 5 TEM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR E. FERIMENTO EXtenso EM FACE ANTERIOR DE Perna ESQUERDA
	CD. INTERNAMENTO / AO BLOCO / SOLICITADO 2 CH SOLICITO HEMOGRAMA COMPLETO / INR
	<i>Tom Burton, Boavista 26596</i>

02/09/15

08:00 AM

dot (PESOP DORG) Estina diafragma
fornar segmento + Fornir estômico
Afrouxar + lesser tendão extensor

Paciente volumoso bem, sem queixa
de dor no membro:

Adams, EGR apura dot

/V/T: Ausculta bem posicional

ed. Aguda usgs 5º Andar

CF + DR
Jefferson
CHW/MS

05/09/15 #SOT#

14h H/D: Dr. Lucas

Paciente entrou, sem queixas
REC, LOTE, exame(s) abla

Bonita redução da fratura com
roto X da coxa (E).

CD: Solinto - radiografar la
Novo do HR serviço hospital
epidemiológico

Dr. Icaro Molim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26560

Ficha de Cirurgia Descritiva

So de Cirurgia : 51619 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS Atendimento : 442988
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 253 VERMELHO - EXTRA 004 Idade : 23 Anos 2 Dias 6 Horas
Dt. Início : 02/09/2018 05:07 Dt. Fim : 02/09/2018 05:55
Operatório : S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Operatório : S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimentos

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Cirúrgica

SURGIAO 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQ. + FRATURA EXPOSTA DE 3, 4 E 5° MTE + FERIMENTO EXTENSO EM PERNAS ESQUERDA + LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4° E 5° PDE

SURGIRO: DC + LC + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

SURGIÃO: DR. SORMANE

AUXÍLIO: DR. AYRON

AUXILIO DR. IAN

ESTESISTA: DRA. SIMONE

ESTESIA: RAQUIANSTESIA

PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA + 2 INCIÕES DE 1CM EM PERNAS ESQUERDA FUGINDO DO CO DA FRATURA

PASSAGEM DE 2 PINOS DE SHANZEM FEMUR

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE MEDIAL DA PERNAS ESQUERDA + 2 INCIÕES DE 1CM EM PERNAS ESQUERDA, FUGINDO DO CO DA FRATURA

MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO COM REDUÇÃO INCRUENTA E BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA

LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9% 7000ML + DESBRIAMENTO CIRÚRGICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

VISUALIZADA LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4° E 5° PDE

PASSAGEM DE 2 FIOS K 1,5MM APÓS REDUÇÃO CRUENTA

SUTURA DE LESÃO EM DORSO DE PÉ ESQUERDO E PERNAS ESQUERDA COM NYLON 3-0

BOA PERFUSÃO DISTAL

Dados Cirúrgicos:

Ivan Bustamante Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 26.563

Descrição Complementar

20/09/98
CLAUDIA V. SOUSA
FATUCA STA

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

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

Página.: 0001

Data....: 02/09/2018
Hora....: 06:20

Ficha de Cirurgia Descritiva

de Cirurgia : 51619
Paciente : 118047
Síntio Atend. : 1
Leito : 253
Dt. Inicio : 02/09/2018 05:07
e-Operatório : S723
pós-Operatório : S723

Sala : 0002 SALA 02
MARCELO DA SILVA SANTOS
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - EXTRA 004
Dt. Fim : 02/09/2018 05:55
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 442988
Carteira :
Idade : 23 Anos 2 Dias 6 Horas

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQ. + FRATURA EXPOSTA DE 3, 4 E 5ºMTE + FERIMENTO EXTENSO EM
PERNA ESQUERDA + LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4ºE 5º PDE
CIRURGIA: DC + LC + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + PASSAGEM DE 2 FIOS K
CIRURIANO: DR. SORMANE
AUXÍLIO: DR. AYRON
AUXÍLIO DR. IAN
ANESTÉSISTA: DRA. SIMONE
ANESTESIA: RAQUIANSTESIA

PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE:

POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS:

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1CM EM PERNA ESQUERDA FUGINDO DO
OCO DA FRATURA

PASSAGEM DE 2 PINOS DE SHANZEM FEMUR

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1CM EM PERNA ESQUERDA, FUGINDO DO
OCO DA FRATURA

MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO COM REDUÇÃO INCRUENTA E BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA

LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9% 7000ML + DESBRIAMENTO CIRÚRGICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

VISUALIZADA LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4º E 5º PDE

REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURAS DE 4ºE 5º MTE COM PASSAGEM DE 2 FIOS K 1,5MM

SUTURA DE LESÃO EM DORSO DE PÉ ESQUERDO E PERNA ESQUERDA COM NYLON 3-0

BOA PERFUSÃO DISTAL

Dados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

20/09/18
Sousa
GMA

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339

Atendimento: 442988

Dt Atendimento: 02/09/2018 - 03:33

Dt Alta: 06/09/2018 - 03:25

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 68 ORTL-510-LEITO 004 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 44 TRANSFERENCIA EXTERNA Usuário: IRACEMASMS

CID: S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	2/9/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	2/9/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	MARCELO DA SILVA SANTOS		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	<p>Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura da clavícula, e lesões das articulações do cotovelo e do ombro.</p>		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	<p>Pi esquerda + lesão das tendões rotadores + Fratura de Fêmur esquerdo. Paciente submetido a osteosíntese de Fêmur (Hast. Intramedular) + Cirurgia do Pi esquerdo (cateterismo + TENSIRRRAFIA).</p>		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Redenção Fornal - 300m
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<p>[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.</p>		

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO		
<p>1º Paciente com CRÍTICO e perda de força no MTE (claudicação)</p> <p>2º Atrofia no coto esquerda, e rigidez das articulações</p> <p>3º Pi esquerda (claudicação no MTE). Paciente CI</p> <p>4º Segundo FUNCIONAL deformidade no língua (75%) e a mímica do coto esquerda (75%)</p> <p>5º</p>		
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 17/10/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
Relife	17/10/2019	ASSINATURA E CARIMBO
LOCAL	DATA	

Mauricio Cesar Leal
Ortopedista
CRM - 12396



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190616502 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO, FRATURA DE 3 E 5 METATARSOS ESQUERDOS.

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL (FLEXÃO A 85 GRAUS), JOELHO (FLEXÃO A 90 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DOS METATARSOS, COM LIMITAÇÃO NA EXTENSÃO, DEFICIT DE FORÇA, ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: HASTE INTRAMEDULAR NA FRATURA DE FÊMUR, FIO K NO PÉ. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA HÁ CERCA DE 2 MESES.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO MIE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190616502
Nome do(a) Examinado(a): Marcelo da Silva Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Si Sabuji, 366
Nobre Paulista PE CEP: 53401-450
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9373804
Data local do acidente: [02/09/2018]
Data local do exame: [08/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO, FRATURA DE 3 E 5 METATARSOS ESQUERDOS

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

Tratamento: HASTE INTRAMEDULAR NA FRATURA DE FEMUR, FIO K NO PÉ. FEZ FISIOTERAPIA.

ALTA HÁ CERCA DE 2 MESES

Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE PÉ, ENCURTAMENTO DO MEMBRO

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL (FLEXÃO A 85 GRAUS), JOELHO (FLEXÃO A 90 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA GRAU MÉDIO. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DOS METATARSOS, COM LIMITAÇÃO NA EXTENSÃO, DEFÍCIT DE FORÇA, ALTERAÇÃO DA MARCHA (++++++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA,

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

LIMITAÇÃO DE GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Marcos da Silva Santos**

Data do Acidente: **02/09/2018**

CPF da vítima:

Portador da documentação:

Qualificação do Portador: Vítima Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: **UF:** **CEP:** **Telefone:** ()

E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

Formulário de Pedido do Seguro DPVAT

Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)

Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)

CPF da vítima (cópia simples e legível)

Laudo do IML (cópia simples e legível)

Declaração de Ausência de laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT

Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)

Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)

CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)

Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, (paiz ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, (paiz ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

Data:

30/10/2019

Identidade:

Rodrigo Laranjeira

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: marcelo da Silva Santos
RG / CNH / TPS: 9.373.804, **CPF:** 119.530.524-95
End: Sítio Sakugi 4º Transversa nº 23
rodovia Paulista

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA
RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE **CPF:** 012.891.554-45
End: AV. TIRADENTES N° 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao
SEGURO DPVAT, que configura como vítima:
Marcelo da Silva Santos
CPF: 119.530.524-95

Paulista, 09 de 10 de 2019

Marcelo da Silva Santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO

Titular: Esméralda de Azevedo Carvalho - Substituta: Amália de C. Souza
PRACA PAPA JOÃO XXIII, 632, CENTRO, PAULISTA/PE, CEP 53.401-370 - FONES: (81) 3433-0000/3433-7777

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-016931

Reconhecido por autenticidade a firma de:

MARCELO DA SILVA SANTOS

Doc. FA. Paulista, PE, 09/10/2019 13:08:46

SELO DIGITAL: 0077644.KGV09201901.00235

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EMOL: 3,51 TSNR: 0,00 PERC 0,40 ISS: 0,00

FERT: 0,04 FUNSEG: 0,00

amália de carvalho souza

AMÁLIA DE CARVALHO SOUZA - SUBSTITUTA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382727/19

Número do Sinistro: 3190616502

Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

CPF: 119.530.524-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2018

MARCELO DA SILVA
SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2020
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA