



Número: **0001312-43.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72621365	16/12/2020 13:03	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625141

Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15086250

Pag. 00521/00522 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190625141**

**Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 18/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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

**Recebedor: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 00000914**

**Conta: 0000067829-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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](http://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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190625141

Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/01/2020, 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

Pag. 00083/00084 - carta\_09 - INVALIDEZ

00050042



Carta nº 15310815





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMG (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF do vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Se a vítima deixou companheiro(a):

25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

30 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

31 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

32 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

33 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

34 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

35 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

36 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

37 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

38 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

39 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

40 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

41 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

42 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

43 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

44 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

45 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

46 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

47 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

48 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

49 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

50 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

51 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

52 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

53 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

54 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

55 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

56 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

57 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

58 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

59 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

60 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

61 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

62 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

63 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

64 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

65 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

66 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

67 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

68 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

69 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

70 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

71 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

72 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

73 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

74 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

75 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

76 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

77 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

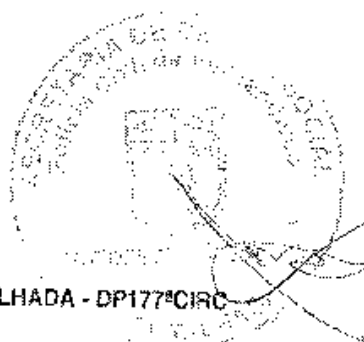
78 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

79 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

80 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

81 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

82 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003410**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2019** às **18:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **18/8/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BEIRA RIO, 1, RUA DA LINHA** - Bairro: **ALTO BOM JESUS** -  
**SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / ESTRADA CARROÇÁVEL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)**  
**JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA**

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

**JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERONICA MOISES DE LIMA** Pai: **MOISES CIPRIANO** Data de Nascimento: **27/2/1965** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **RUA LINDAURA GOMES GREGORIO, CAXIXOLA, S. TALHADA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CAXIXOLA, 1491 - CEP: 0 - Bairro: CAXIXOLA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA** - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone do Contato: -

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KIX6549** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **947067736** Chassi: **9CZJC307D3RD87964**  
Ano e Abreção/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **HONDA/CG 125 FAN**

Complemento / Observação



A VITIMA NOTICIA QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO; QUE A VITIMA CONDUZIA O VEICULO ACIMA DESCRITO, EM VIA PUBLICA, EM ESTRADA CARROCAVEL ENTRE OS BAIRROS VILA BELA E BOM JESUS, QUANDO DERRAPOU NA ESTRADA, DEPOIS DE DESVIAR DE ANIMAIS (CACHORROS) SOLTOS NA RUA; QUE A VITIMA VEIO A CAIR E O VEICULO CAIU POR CIMA DA PERNA DA VITIMA; QUE A VITIMA SOFREU LESÃO NO TORNADOZELO ESQUERDO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM PELO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO DE OCORRENCIA Nº 69/2019 - 3º GB - DOP; QUE A VITIMA DEU ENTRADA NO HOSPAM CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGENCIA Nº 103, DE 15/08/2019; QUE ESTAS INFORMAÇÕES FORAM PRESTADAS PELA VITIMA; QUE ESTE REGISTRO DESTINA-SE A GARANTIR FUTUROS DIREITOS, NADA MAIS A RELATAR, ENCERRO.

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

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WERLOW FONSECA DA SILVA** - Matrícula: 221.769-4





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de abertura:

☐ OMS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF do(a) vítima:

4 - Nome completo do(a) vítima:

036.559.855-68

JOSE C. PRIMO DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDAS MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE C. PRIMO DE OLIVEIRA

6 - CPF:

036.559.855-68

7 - Profissão:

PROFISSIONAL

8 - Endereço:

11 - Bairro:

CAIXIOLA

12 - Cidade:

SERIPA TANHANA

13 - Estado:

PE

9 - Nome:

10 - Companhia:

14 - Telefone:

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PÁI, 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 - Título do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEBO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Tipo de Conta Corrente:

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos Aberto, Itaú e Bradesco)

☐ CONTA CORRENTE (padrão banco)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

A autoridade seguradora LIDER e credora na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização por reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo a dívida, desde que eu cumpla com as condições de crédito, quitando esta de valor recebida.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INML - 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 fins de recebimento 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a processamento da minha indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica que apresentei, e a apresentação do laudo do IML, quando for, desde que eu me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER, para confirmação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito ocorrido em 04/01/2019, envolvendo meu veículo, conforme disposto no art. 6º da Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso manifeste o meu desconhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se eu for beneficiário da indenização:

24 - Se eu for beneficiário da indenização:

25 - Se eu for beneficiário da indenização:

26 - Se eu for beneficiário da indenização:

27 - Se eu for beneficiário da indenização:

28 - Se eu for beneficiário da indenização:

29 - Se eu for beneficiário da indenização:

30 - Se eu for beneficiário da indenização:

31 - Se eu for beneficiário da indenização:

32 - Se eu for beneficiário da indenização:

33 - Se eu for beneficiário da indenização:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, Seguradora do Seguro DPVAT, por meio de seus funcionários, não se responsabiliza por danos materiais decorrentes de qualquer sinistro decorrente de acidente de trânsito ocorrido em 04/01/2019, envolvendo meu veículo, conforme disposto no art. 6º da Lei nº 6.194/74.

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

34 - Nome:

35 - CPF:

Assinatura do testemunha

36 - Nome:

37 - CPF:

Assinatura da testemunha

38 - Nome:

39 - CPF:

Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

48 - Assinatura do Procurador (se houver)

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

50 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

54 - Assinatura do Procurador (se houver)

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

56 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

60 - Assinatura do Procurador (se houver)

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

62 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

66 - Assinatura do Procurador (se houver)

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

68 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

72 - Assinatura do Procurador (se houver)

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

74 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

78 - Assinatura do Procurador (se houver)

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

80 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

84 - Assinatura do Procurador (se houver)

85 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

86 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

89 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

90 - Assinatura do Procurador (se houver)

91 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

92 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

95 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

96 - Assinatura do Procurador (se houver)

97 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

98 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

102 - Assinatura do Procurador (se houver)

103 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

104 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

107 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

108 - Assinatura do Procurador (se houver)

109 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

110 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

113 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

114 - Assinatura do Procurador (se houver)

115 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

116 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

119 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

120 - Assinatura do Procurador (se houver)

121 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

122 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

125 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

126 - Assinatura do Procurador (se houver)

127 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

128 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

131 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

132 - Assinatura do Procurador (se houver)

133 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

134 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

137 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

138 - Assinatura do Procurador (se houver)

139 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

140 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

143 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

144 - Assinatura do Procurador (se houver)

145 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

146 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

149 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

150 - Assinatura do Procurador (se houver)

151 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

152 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

155 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

156 - Assinatura do Procurador (se houver)

157 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

158 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

159 - Assinatura do Procurador (se houver)

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

161 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

162 - Assinatura do Procurador (se houver)

163 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

164 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

165 - Assinatura do Procurador (se houver)

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

167 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

168 - Assinatura do Procurador (se houver)

169 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

170 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

171 - Assinatura do Procurador (se houver)

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

173 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

174 - Assinatura do Procurador (se houver)

175 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

176 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

177 - Assinatura do Procurador (se houver)

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

179 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

180 - Assinatura do Procurador (se houver)

181 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

182 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

183 - Assinatura do Procurador (se houver)

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

185 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

186 - Assinatura do Procurador (se houver)

187 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

188 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

189 - Assinatura do Procurador (se houver)

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

191 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

192 - Assinatura do Procurador (se houver)

193 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

194 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

195 - Assinatura do Procurador (se houver)

196 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

197 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

198 - Assinatura do Procurador (se houver)

199 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

200 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

201 - Assinatura do Procurador (se houver)

202 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

203 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

204 - Assinatura do Procurador (se houver)

205 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

206 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

207 - Assinatura do Procurador (se houver)

208 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

209 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

210 - Assinatura do Procurador (se houver)

211 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

212 - Assinatura do Vítima/beneficiário (se houver)

213 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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:	19/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

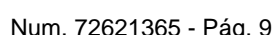
CONTA: 000000067829-6

---

---

Nr. da Autenticação 84D35778A93A6A34









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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-85

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disciplinada no endereço eletrônico:  
<http://www.susep.gov.br/BIBL-OTECANER/DQCCRGHMLASPK7TIPO=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 do tipo de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO 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 L. Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELLO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.745.394 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 636.559.855 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o nº 636.559.855 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: REPUZO Renda: RECUSO e acrescente 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, sob pena de sanção penal prevista na art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO LUIZ DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>gmg@seguros@med.com</u>	CEP: <u>56402-220</u>	Tel. (DDD): <u>87 99992-1472</u>

Local e Data: SERRA TALHADA-PE 04/11/2019

George Carlos Mello Lima  
Assinatura do Declarante

DLRCL001 V001/2017



BOLETIM DE CLASSIFICACAO DE RISCO E EMERGENCIA						No: 103
Data: 10/05/2019		Hora: 07:02				
Nome: José Luciano de Oliveira						
Nome Social:		Profissão: autônomo				
Nascimento: 21/07/85		Sexo: M		Estado Civil: divorciado		
Escolaridade: 2º grau		Responsável: Rômulo				
Endereço: Rua ... nº ...						
Bairro: ...						
Cidade: ...						
Código SUS: ...						
Raza/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>CLASSIFICACAO DE RISCO</span> <span><input type="checkbox"/> VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL</span> </div>						
Situação/Queixa:						
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:			Carimbo e Assinatura:			

Atendimento Médico	
<p>História e Exame Físico:</p> <p>2 anos de dor</p> <p>na região abdominal inferior</p> <p>trazida</p>	
<p>Tratamento:</p> <p>Desam + DHA + MIE</p> <p>Desam + Omeprazol</p>	
<p>Hipótese Diagnóstica:</p> <p>Doença inflamatória intestinal</p>	
<p>Carimbo e Assinatura:</p> <p>DR. RÔMULO SILVA</p>	

*paciente agudizado*

## CONDUTA MEDICA

Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Exatão
Removido para o hospital:				
Custo as	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

## OBSERVAÇÃO MEDICA

Outras queixas:

19/8/19

# 02701021

UX - FRAT - MZ

co = A JAS VICENTE  
TDAI ANALE

Exames Solicitados:

- |                                      |                                    |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> LCA       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose     | <input type="checkbox"/> RV        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia       | <input type="checkbox"/> VEH       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma   | <input type="checkbox"/> Tropicina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lactograma  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

## PRESCRIÇÃO MEDICA

Medicação	Horário	Obs:

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

ver - notificado



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL SÃO VICENTE  
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - DINES  
2 3 5 1 6 3 3  
4 - CRES  
2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA  
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
1 6 2 1 5 1 2 1 6 4 1 7 2 3 4 3 0 0 7  
7 - DATA DE NASCIMENTO  
27 / 02 / 1965  
8 - SEXO  
M  
9 - Nº DO PRONTUÁRIO  
00163910  
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
RUA JOAO ALVES FERREIRA N 1432 JOSE RUFINO ALVES  
11 - NOME DA MÃE  
VERONICA MOISES DE LIMA  
12 - NOME DO RESPONSÁVEL  
SERRA TALHADA  
13 - CID - CIDADE  
2613909  
14 - CEP  
P E 5 6 9 0 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

23 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Acicropersonal, H1N1, deficiências  
suprimento, H1N1, deficiências

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS, RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

H1N1 E APCR

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Febre, tosse, H1N1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Internação  
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
04.01.05.04.97  
29 - CID - CIDADE  
2613909  
30 - CID - CIDADE  
2613909  
31 - DOCUMENTO  
7387  
32 - Nº DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)  
04.01.05.04.97  
33 - DATA DE SOLICITAÇÃO  
04/09/19  
34 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO  
39 - CNPJ DA SEGURADORA  
40 - Nº DO FILHO  
41 - RÉGIM  
42 - CNPJ EMPRESA  
43 - CNAC DA EMPRESA  
44 - CBOE  
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
46 - EMPREGADO  
47 - EMPREENHADOR  
48 - AUTÔNOMO  
49 - DESEMPREGADO  
50 - APRESENTADO  
51 - NÃO REGISTRADO

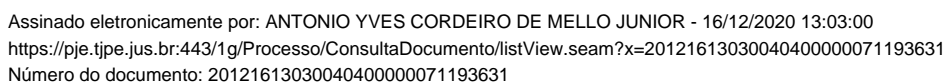
AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
43 - Nº DO DOCUMENTO  
44 - Nº DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)  
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
47 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
48 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
52 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
54 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
55 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
56 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
57 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
58 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
61 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
62 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
63 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
64 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
65 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
66 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
67 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
68 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
69 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
70 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
71 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
72 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
73 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
74 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
75 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
76 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
77 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
78 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
79 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
80 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
81 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
82 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
83 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
84 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
85 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
86 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
87 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
88 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
89 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
90 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
91 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
92 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
93 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
94 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
95 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
96 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
97 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
98 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
99 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
100 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO





**NÃO ALÉRGICO**





9961.2111.9941



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada

Nome: JOSÉ CORDEIRO DE OLIVEIRA

AO HOSP. SÃO VICENTE

Hdx: Trat - Uxaleto MKC

1. OTEIA PI DM  
2. ATENOVA 120g @ 6/10/11/12/13  
3. HNE/CANAL/6/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1047/1048/1049/1050/1051/1052/1053/1054/1055/1056/1057/1058/1059/1060/1061/1062/1063/1064/1065/1066/1067/1068/1069/1070/1071/1072/1073/1074/1075/1076/1077/1078/1079/1080/1081/1082/1083/1084/1085/1086/1087/1088/1089/1090/1091/1092/1093/1094/1095/1096/1097/1098/1099/1100/1101/1102/1103/1104/1105/1106/1107/1108/1109/1110/1111/1112/1113/1114/1115/1116/1117/1118/1119/1120/1121/1122/1123/1124/1125/1126/1127/1128/1129/1130/1131/1132/1133/1134/1135/1136/1137/1138/1139/1140/1141/1142/1143/1144/1145/1146/1147/1148/1149/1150/1151/1152/1153/1154/1155/1156/1157/1158/1159/1160/1161/1162/1163/1164/1165/1166/1167/1168/1169/1170/1171/1172/1173/1174/1175/1176/1177/1178/1179/1180/1181/1182/1183/1184/1185/1186/1187/1188/1189/1190/1191/1192/1193/1194/1195/1196/1197/1198/1199/1200/1201/1202/1203/1204/1205/1206/1207/1208/1209/1210/1211/1212/1213/1214/1215/1216/1217/1218/1219/1220/1221/1222/1223/1224/1225/1226/1227/1228/1229/1230/1231/1232/1233/1234/1235/1236/1237/1238/1239/1240/1241/1242/1243/1244/1245/1246/1247/1248/1249/1250/1251/1252/1253/1254/1255/1256/1257/1258/1259/1260/1261/1262/1263/1264/1265/1266/1267/1268/1269/1270/1271/1272/1273/1274/1275/1276/1277/1278/1279/1280/1281/1282/1283/1284/1285/1286/1287/1288/1289/1290/1291/1292/1293/1294/1295/1296/1297/1298/1299/1300/1301/1302/1303/1304/1305/1306/1307/1308/1309/1310/1311/1312/1313/1314/1315/1316/1317/1318/1319/1320/1321/1322/1323/1324/1325/1326/1327/1328/1329/1330/1331/1332/1333/1334/1335/1336/1337/1338/1339/1340/1341/1342/1343/1344/1345/1346/1347/1348/1349/1350/1351/1352/1353/1354/1355/1356/1357/1358/1359/1360/1361/1362/1363/1364/1365/1366/1367/1368/1369/1370/1371/1372/1373/1374/1375/1376/1377/1378/1379/1380/1381/1382/1383/1384/1385/1386/1387/1388/1389/1390/1391/1392/1393/1394/1395/1396/1397/1398/1399/1400/1401/1402/1403/1404/1405/1406/1407/1408/1409/1410/1411/1412/1413/1414/1415/1416/1417/1418/1419/1420/1421/1422/1423/1424/1425/1426/1427/1428/1429/1430/1431/1432/1433/1434/1435/1436/1437/1438/1439/1440/1441/1442/1443/1444/1445/1446/1447/1448/1449/1450/1451/1452/1453/1454/1455/1456/1457/1458/1459/1460/1461/1462/1463/1464/1465/1466/1467/1468/1469/1470/1471/1472/1473/1474/1475/1476/1477/1478/1479/1480/1481/1482/1483/1484/1485/1486/1487/1488/1489/1490/1491/1492/1493/1494/1495/1496/1497/1498/1499/1500/1501/1502/1503/1504/1505/1506/1507/1508/1509/1510/1511/1512/1513/1514/1515/1516/1517/1518/1519/1520/1521/1522/1523/1524/1525/1526/1527/1528/1529/1530/1531/1532/1533/1534/1535/1536/1537/1538/1539/1540/1541/1542/1543/1544/1545/1546/1547/1548/1549/1550/1551/1552/1553/1554/1555/1556/1557/1558/1559/1560/1561/1562/1563/1564/1565/1566/1567/1568/1569/1570/1571/1572/1573/1574/1575/1576/1577/1578/1579/1580/1581/1582/1583/1584/1585/1586/1587/1588/1589/1590/1591/1592/1593/1594/1595/1596/1597/1598/1599/1600/1601/1602/1603/1604/1605/1606/1607/1608/1609/1610/1611/1612/1613/1614/1615/1616/1617/1618/1619/1620/1621/1622/1623/1624/1625/1626/1627/1628/1629/1630/1631/1632/1633/1634/1635/1636/1637/1638/1639/1640/1641/1642/1643/1644/1645/1646/1647/1648/1649/1650/1651/1652/1653/1654/1655/1656/1657/1658/1659/1660/1661/1662/1663/1664/1665/1666/1667/1668/1669/1670/1671/1672/1673/1674/1675/1676/1677/1678/1679/1680/1681/1682/1683/1684/1685/1686/1687/1688/1689/1690/1691/1692/1693/1694/1695/1696/1697/1698/1699/1700/1701/1702/1703/1704/1705/1706/1707/1708/1709/1710/1711/1712/1713/1714/1715/1716/1717/1718/1719/1720/1721/1722/1723/1724/1725/1726/1727/1728/1729/1730/1731/1732/1733/1734/1735/1736/1737/1738/1739/1740/1741/1742/1743/1744/1745/1746/1747/1748/1749/1750/1751/1752/1753/1754/1755/1756/1757/1758/1759/1760/1761/1762/1763/1764/1765/1766/1767/1768/1769/1770/1771/1772/1773/1774/1775/1776/1777/1778/1779/1780/1781/1782/1783/1784/1785/1786/1787/1788/1789/1790/1791/1792/1793/1794/1795/1796/1797/1798/1799/1800/1801/1802/1803/1804/1805/1806/1807/1808/1809/1810/1811/1812/1813/1814/1815/1816/1817/1818/1819/1820/1821/1822/1823/1824/1825/1826/1827/1828/1829/1830/1831/1832/1833/1834/1835/1836/1837/1838/1839/1840/1841/1842/1843/1844/1845/1846/1847/1848/1849/1850/1851/1852/1853/1854/1855/1856/1857/1858/1859/1860/1861/1862/1863/1864/1865/1866/1867/1868/1869/1870/1871/1872/1873/1874/1875/1876/1877/1878/1879/1880/1881/1882/1883/1884/1885/1886/1887/1888/1889/1890/1891/1892/1893/1894/1895/1896/1897/1898/1899/1900/1901/1902/1903/1904/1905/1906/1907/1908/1909/1910/1911/1912/1913/1914/1915/1916/1917/1918/1919/1920/1921/1922/1923/1924/1925/1926/1927/1928/1929/1930/1931/1932/1933/1934/1935/1936/1937/1938/1939/1940/1941/1942/1943/1944/1945/1946/1947/1948/1949/1950/1951/1952/1953/1954/1955/1956/1957/1958/1959/1960/1961/1962/1963/1964/1965/1966/1967/1968/1969/1970/1971/1972/1973/1974/1975/1976/1977/1978/1979/1980/1981/1982/1983/1984/1985/1986/1987/1988/1989/1990/1991/1992/1993/1994/1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/2454/2455/2456/2457/2458/2459/2460/2461/2462/2463/2464/2465/2466/2467/2468/2469/2470/2471/2472/2473/2474/2475/2476/2477/2478/2479/2480/2481/2482/2483/2484/2485/2486/2487/2488/2489/2490/2491/2492/2493/2494/2495/2496/2497/2498/2499/2500/2501/2502/2503/2504/2505/2506/2507/2508/2509/2510/2511/2512/2513/2514/2515/2516/2517/2518/2519/2520/2521/2522/2523/2524/2525/2526/2527/2528/2529/2530/2531/2532/2533/2534/2535/2536/2537/2538/2539/2540/2541/2542/2543/2544/2545/2546/2547/2548/2549/2550/2551/2552/2553/2554/2555/2556/2557/2558/2559/2560/2561/2562/2563/2564/2565/2566/2567/2568/2569/2570/2571/2572/2573/2574/2575/2576/2577/2578/2579/2580/2581/2582/2583/2584/2585/2586/2587/2588/2589/2590/2591/2592/2593/2594/2595/2596/2597/2598/2599/2600/2601/2602/2603/2604/2605/2606/2607/2608/2609/2610/2611/2612/



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DE EMISSÃO: 13/08/18 14:48

NOME DO RESPONSÁVEL: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

REGISTRO: 611630

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: JOSE CIRIANO DE OLIVEIRA

Nº DO PROCTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 152526472340007

DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1965

SEXO: MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: VERONICA MOISES DE LIMA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO: RUA M. BAPTISTA JOAO FERREIRA ALVES, 14/1, JOSE RUFINO ALVES

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA

CEP: 55013004-00

UF: PE

CEP:

### Dados sobre o Transporte

MODALIDADE DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO: 01/08/18 07:55

Observação:

Observação Exatante:

### Regulador

SERVIÇO REGULADOR:

IDELE DE MELO GOMES CANTALICE

DIAGNÓSTICO:

CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

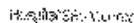
### Executante

ESTABELECIMENTO: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE EMISSÃO: 31/08/18 17:32

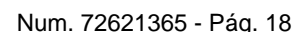
NOME DO AUTORIZADOR:





Hospital São Vicente

Data Atend: 02/09/2019		Atendimento: 0022158		Quarto/leito: 203 / 1	
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA					
Data Nasc: 27/02/1965		Idade: 54 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: PASTOR		Naturalidade: IRECE		Estado Civil: Casado	
Nome Pai: MOISES CIPRIANO			Nome Mãe: VERONICA MOISES DE LIMA		
Endereço: RUA JOAO ALVES FERREIRA, 1432			- JOSE RUFINO ALV - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: ( ) - / ( ) - / (87) 9994.1213					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ( )		Acidente de Trabalho ( )		Outros Acidentes ( )	
Suicídio ( )		Casual ( )		Outros ( )	
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ( ) -	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>paciente portador de IE de frequência regular, apresenta TAC e dor no suprateno - fratura do MZ</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>Fractura do maxilar inferior MZ @</i>					
ADT:					
Diagnóstico Final: <i>Fractura do maxilar inferior MZ @</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorado (X)		Descrição Médica (X)			
Inalterado ( )		Alta a Pedido ( )			
Porando ( )		Transferência ( )			
Óbito + 48h ( )		Evasão ( )			
Óbito - 48h ( )		Indisciplina ( )			
Óbito em ____/____/____		Data do Internamento: <i>2.9.19</i>			
Hora: ____:____		Data da Alta: <i>4.9.19</i>			
		Local: <i>22</i>			
		Assinatura do Médico Responsável: <i>[Assinatura]</i>			
		Medico Responsável			





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 3 5 1 6 3 3

### Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

00163910

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 2 5 2 6 4 7 2 3 4 0 0 0 7

7 - DATA DO NASCIMENTO

27 / 02 / 1965

8 - SEXO

Masculino

9 - TIPO DE PACIENTE

PARADO

10 - NOME DA MÃE

VERÔNICA MOISÉS DE LIMA

11 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 9 9 4 1 2 1 3

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA MNS JOSE KERLLY

14 - MUNICÍPIO DE ORIGEM

SERRA TALHADA

15 - UF

PE

16 - CEP

56 900 000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de tornozelo @, com dor e limitação funcional, dispareunia secundária à fratura e lesões musculares e ligamentares irreversíveis MTE por distensão da TNA E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia e exame físico

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de tornozelo @

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico - Ref. médico

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040 8106 03 78

23 - CLÍNICA

24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25 - DOCUMENTO

26 - Nº DO DOCUMENTO

27 - Nº DO DOCUMENTO

28 - Nº DO DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO

31 - Nº DO DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO

33 - Nº DO DOCUMENTO

34 - Nº DO DOCUMENTO

35 - Nº DO DOCUMENTO

36 - Nº DO DOCUMENTO

37 - Nº DO DOCUMENTO

38 - Nº DO DOCUMENTO

39 - Nº DO DOCUMENTO

40 - Nº DO DOCUMENTO

41 - Nº DO DOCUMENTO

42 - Nº DO DOCUMENTO

43 - Nº DO DOCUMENTO

44 - Nº DO DOCUMENTO

45 - Nº DO DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO

48 - Nº DO DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO

50 - Nº DO DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO

52 - Nº DO DOCUMENTO

53 - Nº DO DOCUMENTO

54 - Nº DO DOCUMENTO

55 - Nº DO DOCUMENTO

56 - Nº DO DOCUMENTO

57 - Nº DO DOCUMENTO

58 - Nº DO DOCUMENTO

59 - Nº DO DOCUMENTO

60 - Nº DO DOCUMENTO

61 - Nº DO DOCUMENTO

62 - Nº DO DOCUMENTO

63 - Nº DO DOCUMENTO

64 - Nº DO DOCUMENTO

65 - Nº DO DOCUMENTO

66 - Nº DO DOCUMENTO

67 - Nº DO DOCUMENTO

68 - Nº DO DOCUMENTO

69 - Nº DO DOCUMENTO

70 - Nº DO DOCUMENTO

71 - Nº DO DOCUMENTO

72 - Nº DO DOCUMENTO

73 - Nº DO DOCUMENTO

74 - Nº DO DOCUMENTO

75 - Nº DO DOCUMENTO

76 - Nº DO DOCUMENTO

77 - Nº DO DOCUMENTO

78 - Nº DO DOCUMENTO

79 - Nº DO DOCUMENTO

80 - Nº DO DOCUMENTO

81 - Nº DO DOCUMENTO

82 - Nº DO DOCUMENTO

83 - Nº DO DOCUMENTO

84 - Nº DO DOCUMENTO

85 - Nº DO DOCUMENTO

86 - Nº DO DOCUMENTO

87 - Nº DO DOCUMENTO

88 - Nº DO DOCUMENTO

89 - Nº DO DOCUMENTO

90 - Nº DO DOCUMENTO

91 - Nº DO DOCUMENTO

92 - Nº DO DOCUMENTO

93 - Nº DO DOCUMENTO

94 - Nº DO DOCUMENTO

95 - Nº DO DOCUMENTO

96 - Nº DO DOCUMENTO

97 - Nº DO DOCUMENTO

98 - Nº DO DOCUMENTO

99 - Nº DO DOCUMENTO

100 - Nº DO DOCUMENTO

101 - Nº DO DOCUMENTO

102 - Nº DO DOCUMENTO

103 - Nº DO DOCUMENTO

104 - Nº DO DOCUMENTO

105 - Nº DO DOCUMENTO

106 - Nº DO DOCUMENTO

107 - Nº DO DOCUMENTO

108 - Nº DO DOCUMENTO

109 - Nº DO DOCUMENTO

110 - Nº DO DOCUMENTO

111 - Nº DO DOCUMENTO

112 - Nº DO DOCUMENTO

113 - Nº DO DOCUMENTO

114 - Nº DO DOCUMENTO

115 - Nº DO DOCUMENTO

116 - Nº DO DOCUMENTO

117 - Nº DO DOCUMENTO

118 - Nº DO DOCUMENTO

119 - Nº DO DOCUMENTO

120 - Nº DO DOCUMENTO

121 - Nº DO DOCUMENTO

122 - Nº DO DOCUMENTO

123 - Nº DO DOCUMENTO

124 - Nº DO DOCUMENTO

125 - Nº DO DOCUMENTO

126 - Nº DO DOCUMENTO

127 - Nº DO DOCUMENTO

128 - Nº DO DOCUMENTO

129 - Nº DO DOCUMENTO

130 - Nº DO DOCUMENTO

131 - Nº DO DOCUMENTO

132 - Nº DO DOCUMENTO

133 - Nº DO DOCUMENTO

134 - Nº DO DOCUMENTO

135 - Nº DO DOCUMENTO

136 - Nº DO DOCUMENTO

137 - Nº DO DOCUMENTO

138 - Nº DO DOCUMENTO

139 - Nº DO DOCUMENTO

140 - Nº DO DOCUMENTO

141 - Nº DO DOCUMENTO

142 - Nº DO DOCUMENTO

143 - Nº DO DOCUMENTO

144 - Nº DO DOCUMENTO

145 - Nº DO DOCUMENTO

146 - Nº DO DOCUMENTO

147 - Nº DO DOCUMENTO

148 - Nº DO DOCUMENTO

149 - Nº DO DOCUMENTO

150 - Nº DO DOCUMENTO

151 - Nº DO DOCUMENTO

152 - Nº DO DOCUMENTO

153 - Nº DO DOCUMENTO

154 - Nº DO DOCUMENTO

155 - Nº DO DOCUMENTO

156 - Nº DO DOCUMENTO

157 - Nº DO DOCUMENTO

158 - Nº DO DOCUMENTO

159 - Nº DO DOCUMENTO

160 - Nº DO DOCUMENTO

161 - Nº DO DOCUMENTO

162 - Nº DO DOCUMENTO

163 - Nº DO DOCUMENTO

164 - Nº DO DOCUMENTO

165 - Nº DO DOCUMENTO

166 - Nº DO DOCUMENTO

167 - Nº DO DOCUMENTO

168 - Nº DO DOCUMENTO

169 - Nº DO DOCUMENTO

170 - Nº DO DOCUMENTO

171 - Nº DO DOCUMENTO

172 - Nº DO DOCUMENTO

173 - Nº DO DOCUMENTO

174 - Nº DO DOCUMENTO

175 - Nº DO DOCUMENTO

176 - Nº DO DOCUMENTO

177 - Nº DO DOCUMENTO

178 - Nº DO DOCUMENTO

179 - Nº DO DOCUMENTO

180 - Nº DO DOCUMENTO

181 - Nº DO DOCUMENTO

182 - Nº DO DOCUMENTO

183 - Nº DO DOCUMENTO

184 - Nº DO DOCUMENTO

185 - Nº DO DOCUMENTO

186 - Nº DO DOCUMENTO

187 - Nº DO DOCUMENTO

188 - Nº DO DOCUMENTO

189 - Nº DO DOCUMENTO

190 - Nº DO DOCUMENTO

191 - Nº DO DOCUMENTO

192 - Nº DO DOCUMENTO

193 - Nº DO DOCUMENTO

194 - Nº DO DOCUMENTO

195 - Nº DO DOCUMENTO

196 - Nº DO DOCUMENTO

197 - Nº DO DOCUMENTO

198 - Nº DO DOCUMENTO

199 - Nº DO DOCUMENTO

200 - Nº DO DOCUMENTO

201 - Nº DO DOCUMENTO

202 - Nº DO DOCUMENTO

203 - Nº DO DOCUMENTO

204 - Nº DO DOCUMENTO

205 - Nº DO DOCUMENTO

206 - Nº DO DOCUMENTO

207 - Nº DO DOCUMENTO

208 - Nº DO DOCUMENTO

209 - Nº DO DOCUMENTO

210 - Nº DO DOCUMENTO

211 - Nº DO DOCUMENTO

212 - Nº DO DOCUMENTO

213 - Nº DO DOCUMENTO

214 - Nº DO DOCUMENTO

215 - Nº DO DOCUMENTO

216 - Nº DO DOCUMENTO

217 - Nº DO DOCUMENTO

218 - Nº DO DOCUMENTO

219 - Nº DO DOCUMENTO

220 - Nº DO DOCUMENTO

221 - Nº DO DOCUMENTO

222 - Nº DO DOCUMENTO

223 - Nº DO DOCUMENTO

224 - Nº DO DOCUMENTO

225 - Nº DO DOCUMENTO

226 - Nº DO DOCUMENTO

227 - Nº DO DOCUMENTO

228 - Nº DO DOCUMENTO

229 - Nº DO DOCUMENTO

230 - Nº DO DOCUMENTO

231 - Nº DO DOCUMENTO

232 - Nº DO DOCUMENTO

233 - Nº DO DOCUMENTO

234 - Nº DO DOCUMENTO

235 - Nº DO DOCUMENTO

236 - Nº DO DOCUMENTO

237 - Nº DO DOCUMENTO

238 - Nº DO DOCUMENTO

239 - Nº DO DOCUMENTO

240 - Nº DO DOCUMENTO

241 - Nº DO DOCUMENTO

242 - Nº DO DOCUMENTO

243 - Nº DO DOCUMENTO

244 - Nº DO DOCUMENTO

245 - Nº DO DOCUMENTO

246 - Nº DO DOCUMENTO

247 - Nº DO DOCUMENTO

248 - Nº DO DOCUMENTO

249 - Nº DO DOCUMENTO

250 - Nº DO DOCUMENTO

251 - Nº DO DOCUMENTO

252 - Nº DO DOCUMENTO

253 - Nº DO DOCUMENTO

254 - Nº DO DOCUMENTO

255 - Nº DO DOCUMENTO

256 - Nº DO DOCUMENTO

257 - Nº DO DOCUMENTO

258 - Nº DO DOCUMENTO

259 - Nº DO DOCUMENTO

260 - Nº DO DOCUMENTO

261 - Nº DO DOCUMENTO

262 - Nº DO DOCUMENTO

263 - Nº DO DOCUMENTO

264 - Nº DO DOCUMENTO

265 - Nº DO DOCUMENTO

266 - Nº DO DOCUMENTO



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO ORIGINANTE:  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

MÉDICO SOLICITANTE:  
ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

DATA DE SOLICITAÇÃO:  
25/08/19 11:30

Nº SOLICITAÇÃO:  
828652

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:  
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CONS)

DATA DE NASCIMENTO:  
27/02/1985

Nº DO PACIENTE LAR

SEXO:  
MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DA Mãe ou Responsável:  
VERONICA MORAES DE LIMA

RESIDÊNCIA (RUA, Nº, BARRO):  
JOÃO FERREIRA ALVES, 1432, CAXIXOLÁ

CIDADE DE ORIGEM:  
SERRA TALHADA

END. NACIONALIZADO:  
20133338.00

UF:  
PE

### Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:  
AMBULÂNCIA

DATA DE ENVIO:  
07/10/19 07:26

DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO RESUMIDO:

### Regulador

MÉDICO REGULADOR:  
ULSON FRANCISCO DE BARROS

ESPECIALIDADE:  
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

### Executante

ESTABELECIMENTO:  
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

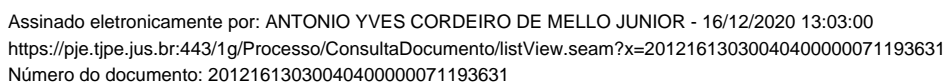
DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
04/10/19 21:40

MÉDICO NÚCLEO:





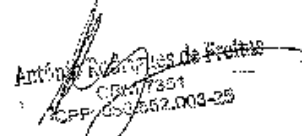
Data Atend: 07/10/2019		Atendimento: 0024284		Quarto/leito: 202 / 2	
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA					
Data Nasc: 27/02/1965		Idade: 54 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Casado		Profissão: PASTOR		Naturalidade: IRECE	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: MOISES CIPRIANO		Nome Mãe: VERONICA MOISES DE LIMA	
Endereço: RUA MNS JOSE KERLLY, 383 CASA		- IPSEP		- SERRA TALHADA - PE	
Telefones: ( ) ( ) (87) 9994.1213					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ( )		Acidente de Trabalho ( )		Outros Acidentes ( )	
Agressão ( )		Suicídio ( )		Casual ( )	
Outros ( )		Nome Acompanhante:		Telefone da Contato: ( )	
Endereço Acompanhante: , 0					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
Fratura do tornozelo @ com dor e limitação funcional - 2vs osteossintese em processo de cura E					
Diagnóstico Inicial: Fratura do tornozelo @ / Max. Ferida					
SADT:					
Diagnóstico Final: Fratura do tornozelo @					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada (x)		Descrição Médica (x)			
Inalterado ( )		Alta a Pedido ( )			
Piorando ( )		Transferência ( )			
Óbito + 48h ( )		Evasão ( )			
Óbito - 48h ( )		Indisposição ( )			
Óbito em / /		Data do Internamento: 07.10.19			
Hora: / /		Data da Alta: 09.10.19			
		Local: - / - /			
		Pedro Aureliano Amorim de Carvalho Ortopedia e Traumatologia Conselho de Especialidade CRM-PE: 16658			
		Médico Responsável			





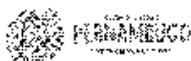
Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 07/10/2019	Atendimento: 0024284	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA		
Cirurgia Realizada: <i>Art. Facetoplasto TVZ E</i>	N. do Procedimento: <i>0408060379</i>	
Data: <i>08/10/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Radio</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesiista: <i>Silveira</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Del. para fazer facelift MIE, substituir face lateral TVZ e fazer plástica por sobre do abafe e Art. Facetoplasto Técnica index Michel, beber + Creativo + Facelift POP</i>		
<div style="text-align: right;"> Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior CRM 77351 CPF 053552003-25 Assinatura do Cirurgião</div>		



Fim: 98612111



HOSPAM  
HOSPITAL REGIONAL DE SAÚDE  
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA, 885 - CENTRO - 85001-100  
FONE E FAX: (31) 3351-4601 - e-mail: hospam@hospam.com.br



Nome:

João Carlos ~~da Silva~~ ~~da Silva~~

Data:

ND. Efeitos Sanguíneos Furtivos - Lúmen  
VZ - 2

Delato: Ref. Mark Lúmen.

- ① Dito 7/DM
- ② Dito 1000 - 500 VO. 5/2
- ③ Sef. Ex. 1000
- ④ 5000 e 1000000 fmg

25/09/19

Handwritten signature and stamp

SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE SAÚDE - RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA, 885 - CENTRO - 85001-100  
FONE E FAX: (31) 3351-4601 - e-mail: hospam@hospam.com.br







# Dr. Ebenone A. da Silva

## Ortopedista e Traumatologista

### RECEITUÁRIO MÉDICO

JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 18/08/2019 no município de Serra Talhada-PE. Após o acidente foram feitos exames de imagem no HOSPAM, evidenciando fratura e luxação em tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico para osteossíntese no Hospital São Vicente dia 02/09/2019.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: Dor e edema em tornozelo esquerdo, limitação por dor para pisar no chão, limitação para ficar de cócoras e realizar movimentos rápidos, como correr.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 50% para suas funções trabalhistas como comerciante.

Serra Talhada, 10 de dezembro de 2019.

Dr. Ebenone A. da Silva  
Médico  
CRM-PE 13.05

(87) 3831-8446 | 9. 9916-0112

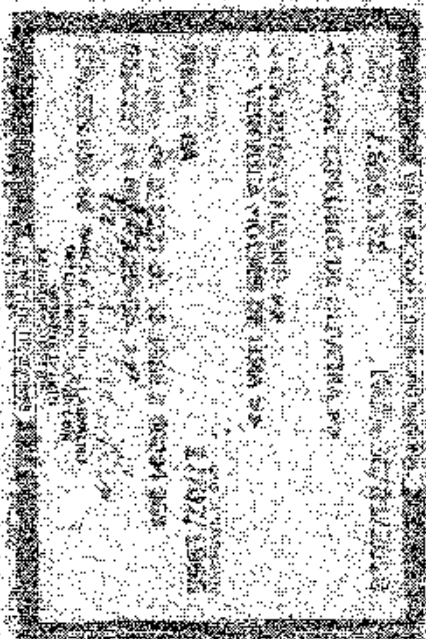
Rua: Joaquim Godoy, Nº 393

cem\_st@hotmail.com

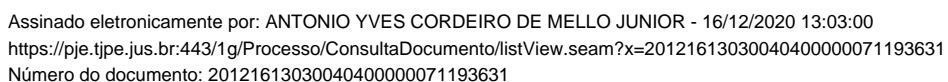
**CEM**

CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS







[illegible][illegible]

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190625141 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 4/11\_CIRÚRGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



20/09/2019

SEM/SCVPE - 3375192 - CBMPF - Certidão de Ocorrência



Estado de Pernambuco  
Secretaria de Defesa Social  
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco  
CBMPF - 3ª GS - DOP

Av. Vice-Rei Inácio de Oliveira, km 4,33 - Bairro Cochoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 19 de setembro de 2019.

WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS  
Cap BM Resp. pelo Comando do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 99 / 2019 - 3ª GS - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **GEORGE CARLOS MELO LIMA**, RG 5840553 SSF/PE, CPF 008.473.324-29, residente à Rua Antônio Ramê de Souza, 575, São Cristóvão, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitiu a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AB 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 22:16h do dia 18 de agosto de 2019, comandada pelo CB BMG 1/707392-5 **ADEILARDO JOSÉ DE ARAÚJO JÚNIOR**, para uma ocorrência de APH (**QUEBRA DE MOTOCICLETA**), nº 5 (1284679), sendo vítima o Sr. **JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA**, RG 2859128 SDS/PE, CPF 636.556.885-68, o qual declarou que conduzia uma motocicleta marca/modelo **HONDA/CG 125 TAN**, placa **RX-8849**, cinza, no momento em que houve a colisão. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Rêlica Rio, S/N, Alto do Bom Jesus, Serra Talhada-PE, e a vítima não apresentava lesões aparentes. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **EBENECY SILVA**, CRM 15122, prontuário 103.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo CB BMG 1/713240-6 **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e respondendo pelo Comando da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 5900000063.002.738/2019-06



Documento assinado eletronicamente por **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE**, em 19/09/2019, às 10:56, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 20/09/2019, às 12:22, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/validar\\_documento\\_sistema.php?documento=42442185&id\\_documento=42442185](http://sei.pe.gov.br/validar_documento_sistema.php?documento=42442185&id_documento=42442185) informando o código verificador: 3375192 e o código CRC: 8AF8A551.

[http://sei.pe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=emvue\\_visualizar&id\\_documento=42442185&id\\_documento=42442185](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=emvue_visualizar&id_documento=42442185&id_documento=42442185)



\_\_\_\_\_

CLUBHOUSE

[illegible]

**2. Cálculo**

[illegible]

Sydney Taylor, at age 18

## Corollaries

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERMA TALEADA - PE  
Título: ATUALIZAÇÃO CADASTRO DA SILVA  
VALTERA (AT) 0681-9266

Racoonhego A Fina por Auto Cadastro de VOS CIPRIANO DE  
OLIVEIRA BOM LEO SERMA TALEADA PE 0681-9266 Id  
verdade: Reginilda ALVES S. Silva 0681-9266 / Maria  
Lúcia de Souza-Santos. Fone: 0681-9266 SERMA-PE  
D.B.O.SERMA-PE 0,40 SERMA-PE 0,04 FUNDAO-RS 0,08  
Selo: 0674972.CARLOS201902.0195 05/05/2015 16:03:08  
Consulte automaticamente em: [www.arxcelidigital.com.br](http://www.arxcelidigital.com.br)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389545/19

Número do Sinistro: 3190625141

Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

CPF: 636.559.855-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-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](http://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: 12/12/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

