

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura de clavícula direita

**Descrição do exame físico:** vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, déficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico com fixação de fios de K, evoluiu sem complicações..  
Alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

---

**Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190647780**

**Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), IVANILDO BORGES DOS 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

---

**Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190647780**

**Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), IVANILDO BORGES DOS 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

**Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190647780**

**Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVANILDO BORGES DOS 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
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: **IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000004739**

Conta: **0000011589-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 027.062.284-58 4 - Nome completo da vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: IVANILDO BORGES DOS SANTOS 6 - CPF: 027.062.284-58  
7 - Profissão: MAO SOSSUI 8 - Endereço: RUA DOIS IRMAOS 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: RUA DOIS IRMAOS 12 - Cidade: SAUDALHO 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55825-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99253-2981

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4739 CONTA: 11589 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

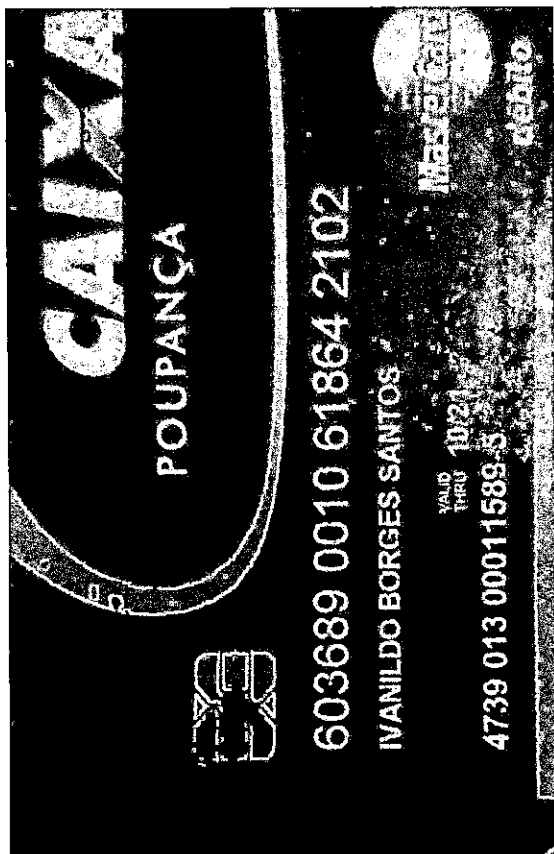
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SAUDALHO 18/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



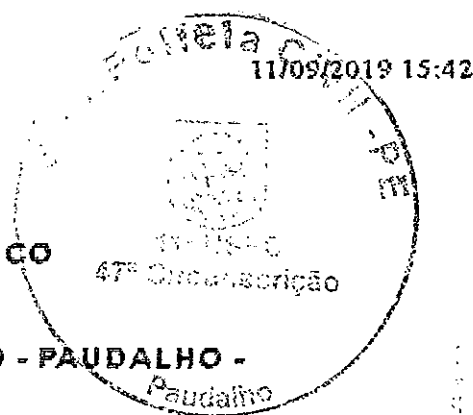
Scanned by CamScanner

Conta Poupança  
Operações 013

Nº: 4739  
Operações: 013  
Conta: 11589-5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -  
DP47ªCIRC DINTER1/1ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0137001909**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às  
**17:52**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que**  
**aconteceu no dia 20/8/2019 às 15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PAUDALHO, 1, RODOVIA BR-468**  
- Bairro: **CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de  
Referência: **ENTRADA DA ESTRADA DE CHÃ DE ALEGRIA**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**NENHUM (AUTOR AGENTE)**  
**IVANILDO BORGES DOS SANTOS (VITIMA)**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):**  
**IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

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

**IVANILDO BORGES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS Pai: JOSE BORGES DOS SANTOS Data de**  
**Nascimento: 22/4/1976 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:**  
**6427861/SSP/PE (RG), 02700228458 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª.**  
**GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:**  
**- 980427393**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PAUDALHO, 316, RUA DA LUA - ALTO DOIS IRMÃOS -**  
**CEP: 55009-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NENHUM - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANILDO BORGES DOS**  
**SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANILDO BORGES DOS SANTOS**  
**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGP7221** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: **183413552** Chassi:

**9C2KC1550AR045999**


Ano Fabricação/Modelo: **2005/2010** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

RELATA IVANILDO BORGES DOS SANTOS QUE NO DIA 26.08.2019 POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA KGP-7221 NA RODOVIA BR-408, QUANDO UM CACHORRO APARECEU NA FRENTE E NÃO CONSIGUINDO PARAR ACABOU ATROPELANDO O ANIMAL E CAINDO AO CHÃO. A VÍTIMA INFORMA TER SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA(UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) DA CIDADE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA OUTROS HOSPITAIS NA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE. FACE AO EXPOSTO, PROCUROU A VÍTIMA ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR O FATO.

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

  
IVANILDO BORGES DOS SANTOS  
(VÍTIMA)

  
B.O. registrado por: JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE - Matrícula: 319717-4

# 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: 027.062.284-58 4 - Nome completo da vítima: IVAMILDO BORGES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: IVAMILDO BORGES DOS SANTOS 6 - CPF: 027.062.284-58  
7 - Profissão: MAO SOSSUI 8 - Endereço: RUA DOIS IRMAOS 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: RUA DOIS IRMAOS 12 - Cidade: SAUDALHO 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55825-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99253-2981

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4739 CONTA: 11589 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SAUDALHO 18/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - 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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000011589-5

---

Nr. da Autenticação B16596A9F690C556

químicos ou óleo. Não o exponha  
também à luz do sol, lâmpadas  
fluorescentes e fontes de calor.

PALACIO DAS VENTILADES N. SRA. DAS GRAÇAS  
RUA GENADOR PINHEIRO RAMOS, 254  
CENTRO-PALMAREJO

A vida em um dos nossos imóveis  
comprovante dependerá de alguns  
cuidados: archive-o em local seco,  
cuidados: archive-o em local seco,  
cuidados: archive-o em local seco,

04/2019	18/05/2019	24/04/2019	47.29
CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA			
PAUDALHO PE			
55825-000			
ALTO DOIS IRMAOS/PAUDALHO			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA			

PAUDALHO PE  
55825-000  
ALTO DOIS IRMAOS/PAUDALHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

CELPE



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 085.743.544-22 NIS: 16391965618

BAIXA RENDIMENTO

058585815  
18/04/2019  
UNICA

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
Conto. Num. Pública Municipal  
Multa por atraso: NF 050821106 - 15/02/18  
Juros por atraso: NF 050821106 - 15/02/18

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34 NIS: 12523181675

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

LO PRIMAVERA 5 -PR -

PRIMAVERA/PAUDALHO  
55825-000 PAUDALHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**DATA DE VENCIMENTO**

**24/09/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**52,77**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

17/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

077739127

**CONTA CONTRATO**

007026223177

Nº DO CLIENTE

2015924566

Nº DA INSTALAÇÃO

0006468346

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico**

**RESERVADO AO FISCO**

**A744.1899.5CF3.4049.11C5.4EBA.7738.6753**

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198125	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32911071	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	16,00	0,49365607	7,89
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,73
Juros por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,34
Atualização IGPM-NF 070040833 - 18/07/19			0,12
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>52,77</b>

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	39,46	0,81	0,31
				39,46	3,72
					1,46

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
			kWh
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450	SET 19	116
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420280	AGO 19	118
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300	JUL 19	115
		JUN 19	125
		MAI 19	157
		ABR 19	135
		MAR 19	129
		FEV 19	108
		JAN 19	109
		DEZ 18	108
		NOV 18	112
		OUT 18	106
		SET 18	115

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	R\$	%
Geração de Energia	19,19	48,63
Transmissão	1,93	4,89
Distribuição (Celpe)	11,73	29,73
Encargos Setoriais	1,15	2,91
Tributos	1,77	4,49
Perdas de Energia	3,69	9,35
<b>TOTAL</b>	<b>39,46</b>	<b>100</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003170294725	CAT	19/08/2019 2.724,00	17/09/2019 2.840,00	29	1,00000	0,00	116,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	39,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,23					
Todo Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você lanchonete almolda: av costa e silva centro / polimark comunicação  
assessor: r genuino silva 46 centro lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,12.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

**NÍVEIS DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026223177	09/2019	52,77	24/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000089 527700110074 026223177109 141900959235



**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](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:** 0402-1596 / **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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 919.419.384-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do

Beneficiário Wamildo Borges dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.062.284

58 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima

Wamildo Borges dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.062.284, 58 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: LO PRIMAVERA	Número: 5	Complemento: CASA
Bairro: PRIMAVERA	Cidade: PAUDALHO	Estado: PE
E-mail: MARCOSFEITOSA25@HOTMAIL.COM		CEP: 55825-000
		Tel. (DDD) 8199534-7625

Local e Data:

Paudalho 14/11/2019

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

## SECRETARIA DE SAÚDE DE PAUDALHO-PE

UPA24H LAURA BANDEIRA DE MELO



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 001095

CLASSIFICAÇÃO AMARELO

Nº OCORRÊNCIA: 00078315

Nome: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

Idade: 43 Anos 3 Meses 29 Dias

CNS: 898003724195275

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: B

Nº: 12

Nascimento: 22/04/1976

CEP: 55825000

Bairro: ALTO DOIS IRMÃOS

Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS

Doc nº: 5427861

Nacio.: BRASILEIRA

Cor/Raça: PARDO

Pai:

Acom.:

Sexo: MASCULINO

Prof.:

Telefone: 81 989337793

Município: PAUDALHO

Encaminhamento: CLÍNICA MÉDICA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO DOR FORTE EM OMBRO D NEGA VÔMITO E DESMAIO (ESTAVA COM CAPACETE)

Procedência:

Via pública

Doenças preexistentes:

NEGA

Régua de dor:

Grave

Intolerância/Alerg.: NEGA

Pré-consulta:

Urgência

Parâmetros: PA:

FC:

R:

T:

HGT:

Spo2:

GLASGOW:

Peso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica:

Duração da dor:

Localização:

Dor presente:

Irradiação:

Edemas:

Observações:

Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

15/07/2018 15:18 00001211 REFERE DOR DE DENTE DESDE ONTEM.

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Exames complementares

Impressão diagnóstica

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

- ☐ Curativo  
☐ Nebulização  
☒ Adm. de medicamento  
☐ Retirada de ponto

Técnico / Coren

Rosenilda Lima de Santana  
 COREN-PE 000.755.371-TE

Atendimento Médico

- ☐ Urgência  
☐ Obs. até 24 hs

Médico / CRM

Horário: :

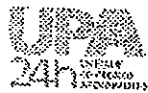
Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

DATA: 20/08/2019 16:32:27 RECEPCIONISTA: ALINE RENATA DA SILVA

TRIAGEM: MARIA DE FATIMA SOUZA DA CONCEIÇÃO



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 22/08/19 HORA: 10:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: EVANILDO SOARES

Número do Atendimento:

Idade: Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

FRATURA CLAVICULAR D

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: NENHUMA

( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) HAS

( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonar ( ) Outras

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom (X) Regular ( ) Grave

5. INTEGRIDADE DA PÉLE

(X) Normocorado ( ) Hipocorado (X) Aclanótico ( ) Cianótico (X) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas  
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarca  
( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado  
PUPILAS: (X) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo ( ) Chorooso ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= °C FR IPM Sat O2= (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Entubado  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitanes FC bpm  
PA: X mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Chale ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: (X) Periférico ( ) Jugular ( ) Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (X) VO ( ) Aceita bem ( ) Parcialmente ( ) Não aceita ABDOME: ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Plano  
( ) Ascítico ( ) Gravidico EVACUAÇÃO: (X) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso  
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor característico ( ) EMATIA Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (X) Presente Aspecto: NORMAL ( ) Ausente (X) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria  
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (X) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: (X) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: (X) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1. ( ) Padrão respiratório prejudicado	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a _____ graus. <input type="checkbox"/> Aspirar VAS com técnica asséptica S/N <input type="checkbox"/> Comunicar alterações da frequência respiratória <input type="checkbox"/> Outros: _____	
2. (X) Dor ( ) Crônica (X) Aguda	<input checked="" type="checkbox"/> Anotar localização e as características da dor <input type="checkbox"/> Aplicar escala de dor (0 a 10) <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação <input type="checkbox"/> Outros: _____	
3. ( ) Instabilidade de pressão arterial	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial a cada _____ <input type="checkbox"/> Manter decúbito no leito <input type="checkbox"/> Outros: _____	
4. ( ) Edema Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema <input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção <input type="checkbox"/> Outros: _____	
5. Temperatura Corporal ( ) Diminuída ( ) Elevada	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia <input type="checkbox"/> Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia <input type="checkbox"/> Outros: _____	
6. Glicemia Prejudicada ( ) Diminuída ( ) Aumentada	<input type="checkbox"/> Aferir e registrar HGT de _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	
7. ( ) Náuseas	<input type="checkbox"/> Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições <input type="checkbox"/> Registrar e comunicar frequência e características do vômito <input type="checkbox"/> Registrar frequência e aspecto da diarreia <input type="checkbox"/> Outros: _____	
8. ( ) Vômitos		
9. ( ) Diarréia		
10. ( ) Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Registrar e comunicar alterações na integridade da pele <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima após eliminações <input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos secos e esticados <input type="checkbox"/> Diminuir pressão nas proeminências ósseas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
11. ( ) Risco para lesão		
12. ( ) Depressão	<input type="checkbox"/> Manter vigilância constante <input type="checkbox"/> Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente <input type="checkbox"/> Manter grades elevadas <input type="checkbox"/> Realizar contenção no leito SN <input type="checkbox"/> Outros: _____	
13. ( ) Uso de álcool		
14. ( ) Risco para aspiração	<input type="checkbox"/> Manter decúbito a $45^{\circ}$ <input type="checkbox"/> Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação <input type="checkbox"/> Outros: _____	
15. ( ) Risco para infecção	<input type="checkbox"/> Evitar manuseio excessivo do paciente <input type="checkbox"/> Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Outros: _____	
16. ( )	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica FC- Frequência Cardíaca DUM- Data da última menstruação VAS- Via Aérea Superior	MMSS- Membros Superiores VO- Via Oral IG- Idade Gestacional	MMII- Membros Inferiores SVD- Sonda vesical de demora SNG- Sonda Nasogástrica	FR- Frequência respiratória SVA- Sonda vesical de alívio SNE- Sonda Nasoenteral
Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO		Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO	

Atendimento: **1049528**

Senha da Classificação:

**0202**

Data e Hora: **22/08/2019 20:05**

Especialidade:

Paciente: **222191 IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **22/04/1976** Idade: **43 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS** Nome do Pai:

Estado Civil: **UNIAO ESTAVEL**

Nome do Médico: **PLANTONISTA UPA - CLINICO**

CRM: **4569**

Endereço: **DA LUA**

--

**316**

Bairro: **CENTRO**

Cidade/UF: **SAO LOURENCO DA MATA PE**

PE

Cep: **54735000**

Usuário Atendimento: **NELIAPSX**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

---

Fone: **89437393**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

Carimbo/Médico:

Usuário Triagem:



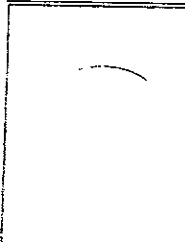
1049528

## UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/08/2019 20:01



Nome Paciente: IVANILDO BORGES DOS SANTOS  
Cód. Paciente: 222191  
Data de Nascimento: 22/04/1976  
Sexo: Masculino  
Idade: 43  
Senha: 0202  
Convênio: -  
Atendimento:  
SAME: 132388

: 22/08/2019 20:03 - 22/08/2019 20:03

ERICA DE ARAUJO - COREN: 008417 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: RECLASSIFICACAO APOS 24 HORAS  
SALA AMARELA

Fluxograma sintoma: DOR CERVICAL / DORSAL / LOMBAR / EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)

discriminador(es): - LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS/FUNÇÃO

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ERICA DE ARAUJO - COREN: 008417 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impres: 22/08/2019 20:03

Atendimento: 1048973

Senha da Classificação:

0065

Data e Hora: 21/08/2019 09:55

Especialidade:

Paciente: 222191 IVANILDO BORGES DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/04/1976 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS Nome do Pai:

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA CRM: 693

Endereço: DA LUA -- 316 Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE Cep: 54735000 Usuário Atendimento: ANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 89437393

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Síntese Principal

*no + deformidade*

Exame Físico

*no e valusado e os  
membros do membro direito*

Hipótese Diagnóstico

*fratura da clavícula direita*

Conduta Terapêutica

*fixação provisória*

Prescrição Médica

*Abel Carlos da Silva  
rec. de imobilização  
registro: 6976*

*fratura da clavícula  
- imobilização  
no. 818*

*Antônio Pereira, Jr.  
Téc. Enfermagem  
COREN 696632*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

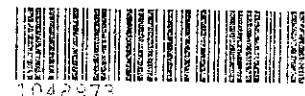
Para:

Senha: 543559

Carimbo/Médico:

Usuário Triagem:

DIGITADO



UPA - SÃO LOURENÇO  
CONFERIDO  
Nº DO PEDIDO  
ASS.

2012

Depu en unipersonal

Exposición de motivos y de los artículos 10 y 11

Exposición de motivos y de los artículos 10 y 11

Martha V. Arroyave  
Médica  
CRM-PE-13262

# U PA. 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco: Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/08/2019 09:41



Nome Paciente: IVANILDO BORGES DOS SANTOS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/04/1976  
Sexo: Masculino  
Idade: 43  
Senha: 0065  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

: 21/08/2019 09:52 - 21/08/2019 09:53

MARIA JULIANA COSTA DA SILVA ABERT - COREN: 320720 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: RELATA DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA DE MOTO ONTEM

Observação: ALERGIA -  
HAS - DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 145.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 91.00 MMHG

Acolhido(a) por: MARIA JULIANA COSTA DA SILVA ABERT - COREN: 320720 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/08/2019 09:53

Transferido para: \_\_\_\_\_  
Senha: \_\_\_\_\_  
Renovada dia: \_\_\_\_\_

ALERGIA \_\_\_\_\_  
( ) Sim \_\_\_\_\_  
( ) Não \_\_\_\_\_

SETOR: Análise \_\_\_\_\_  
PACIENTE: \_\_\_\_\_  
LITOR: \_\_\_\_\_  
REG: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_\_

ITEM \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_  
Prescrição \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_

Diagnóstico  
Dipirona 500 mg/ml - 01 AMP + AD EV 6/5h se dor ou  
T>37,8°  
Ondasetron 8 mg 1 AMP + AD EV de 8/8h se náuseas  
ou vômitos  
Omeprazol 40 mg - 1 AMP + AD EV 24/24h ACM  
Atenase 0,100 mg - 01 comprimido, via oral se PAS >= 170 mm Hg e/ou PAD >= 110

Insulina Regular conforme HCT SC:  
251-300: 6 UI  
301-350: 8 UI  
351-400: 10 UI  
401-450: 12 UI (avisar diabetista)  
Glicose 50% - 5 AMP EV se HGT <= 70

Oxigenioterapia: ( ) SIM / ( ) Venturi \_\_\_\_\_ %  
( ) Cateter nasal O2 \_\_\_\_\_ litros/min  
( ) NÃO  
NSZ Barotec \_\_\_\_\_ gotas + Atriovent \_\_\_\_\_ gotas +  
SF 0,9% \_\_\_\_\_ ml 20/20  
X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h  
Sim ( ) Não ( )  
Hidrocortisona \_\_\_\_\_ mg 1 AMP + AD EV \_\_\_\_\_ h  
Conas Vexial de Demônio e medida de diurese?

Diurese  
Sim ( ) Não ( )  
SSV + DOGG  
HGT de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h e PAD de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h

Outros  
Medicamentos

Outros  
Medicamentos

Ats. M. Oliveira  
2. Enfermeira  
REN-PB 014.223

Rodrigo Gomes  
Enfermeiro  
CON-PB 424.808

Dr. Marcelo Cortes  
Tratado de Ortopedia  
CON-PB 194.945

Dr. São Lourenço da Mata  
Licença nº 1 de 2016  
nº 10.531

H.O.F.

Transferido para: \_\_\_\_\_  
Senha: \_\_\_\_\_  
Renovada dia: \_\_\_\_\_

ALERGIA: \_\_\_\_\_  
( ) Sim: \_\_\_\_\_  
( ) Não: \_\_\_\_\_

SETOR: Amarela PACIENTE: Paulo Roberto Lins REG: 4833  
LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 02/08/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
Dieta	Dieta	
Hidratação	<u>Libre</u>	
ATB		
DO: / /16		
Sintomáticos	Dipirona 500 mg/ml - 01 AMP + AD EV 6/6h se dor ou T > 37,8° Ondasetrona 8 mg 1 AMP + AD EV de 8/8h se náuseas ou vômitos Omeprazol 40 mg - 1 AMP + AD EV 24/24h ACM Atenolol 50 mg - 01 comprimido, via oral se PAS >= 170 mm Hg e/ou PAD >= 110	S/O
Glicemia	Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150: 0 UI                      251-300: 5 UI 151-200: 2 UI                    301-350: 8 UI 201-250: 4 UI                    351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisar plantonista) Glicose 50 % - 5 AMP EV se HGT <= 70	
Vias Aéreas	Oxigenioterapia: ( ) SIM: ( ) Venturi ____ % ( ) Catéter nasal O2 ____ litros/min ( ) NÃO NBZ Berotec ____ gotas + Atrovent ____ gotas + SF 0,9% ____ ml 20/20' ____ x ____ / ____ h Sim ( ) Não ( ) Hidro cortisona ____ mg 1 AMP + AD EV ____ / ____ h	
Diurese	Sonda Vesical de Demora e medida da diurese? Sim ( ) Não ( ) SSVV + CCSSG	
Outros Gerais	HGT de ____ / ____ h e PA de ____ / ____ h	
Outras Medicções		

Paulo Roberto Barreto Lins  
CRM: 4833  
Ortopedia e Traumatologia

Data/Hora	Descrição
22-08	<p>AS 10:10 PACIENTE EVOLUI EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, OUPNEVO, HIDRATADO, NORRUTENSO HIDRATADA, COM SUP 9M HSE PARA MEDICACÃO CONFORME PRESCRICÃO MÉDICA, SEGUIR EVOLUANDO VIDA DO TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS</p>
23/08	<p>Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normotênico em um ambiente, laboratório de análise química, exames de urina, hemograma, coagulograma, DTP-HSE, todos com resultados satisfatórios, não há necessidade de intervenção, aguardando transferência para HCF.</p>





UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Shanila Borges dos Santos

Registro: -

Enfermaria: Amarela

Leito: 73

Hora Admissão: -

Plantão: ☒ DIURNO ( ) NOTURNO

DATA: 22/08/2022

Estado Geral ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo  
Dieta ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
Acesso Venoso ( ) Periférico ( ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ( ) Presente ( ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ( ) Presente ( ) Ausente ( ) SVD/SVA Aspecto: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
08:00	133 x 85	-	98	-	82	-	Emanuella
08:30	134 x 80	-	78	-	82	-	Emanuella

Emanuella Fernandes Vieira  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 998.227

Técnico de Enfermagem: Emanuella + Shanila

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Shanila Borges dos Santos

Registro: -

Enfermaria: -

Leito: -

Hora Admissão: -

Plantão: ( ) DIURNO ☒ NOTURNO

DATA: 22/08/2022

Estado Geral ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo  
Dieta ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
Acesso Venoso ( ) Periférico ( ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ( ) Presente ( ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ( ) Presente ( ) Ausente ( ) SVD/SVA Aspecto: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
13:00	130 x 80	-	90	-	85	-	Emanuella
13:30	130 x 80	-	90	-	85	-	Emanuella

Técnico de Enfermagem: Ana Elisabete

CC - LN - PE 534.2751E



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome:

Juanildo Borges dos Santos

Registro:

Enfermaria:

Leito:

Hora Admissão: \_\_\_\_\_

Plantão: ☒ DIURNO ( ) NOTURNO

DATA: 23/08/2019

Estado Geral ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo  
Dieta ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
Acesso Venoso ( ) Periférico ( ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ( ) Presente ( ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ( ) Presente ( ) Ausente ( ) SVD/SVA Aspecto: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
12	122x79	—	79	—	98		
13	154x99	—	70	—	97		

Técnico de Enfermagem:

Juanildo + Thais

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome:

Registro:

Enfermaria:

Leito:

Hora Admissão: \_\_\_\_\_

Plantão: ( ) DIURNO ( ) NOTURNO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Geral ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo  
Dieta ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
Acesso Venoso ( ) Periférico ( ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ( ) Presente ( ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ( ) Presente ( ) Ausente ( ) SVD/SVA Aspecto: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
14	122x75	—	62	—	89		

Técnico de Enfermagem:

Juanildo + Thais

**INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO**

Data: 22/08/2019 Hora: 11:15 Atendimento nº 1042933

Nome Social: — Cor: —

Nome Civil: Guamilda Borges da Santos

Possui alguma deficiência? ( ) Sim (x) Não. Se sim, qual? —

Apelido: — Possui documentação? (x) Sim ( ) Não Idade: 43

Endereço: R- da Uva, 316- Alto das Linhas - Paulistana

Ponto de Referência: Chico Bonavida

Nome do acompanhante: Sem acompanhante

Vínculo com o Usuário: — Tel.: (81) 8401-1298

Vive sozinho ( ) Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x) Luciana

Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ( ) (expos)

Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ( )

Nome da instituição: —

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? ( ) Sim (x) Não

Qual? —

**ATIVIDADE REALIZADA:**

Orientações – Normas e Rotinas	(x)	
Orientações – Direitos Sociais	(x)	<u>Seguro DPVAT</u>
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	( )	
Encaminhamento à Rede de Saúde	( )	
Atendimento Violência	( )	
Articulação Externa/Família	( )	
Articulação Externa/Rede	( )	

**Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)**

Remoção pl o H.O.F.

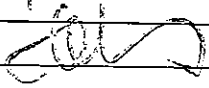
Reside com a esposa e 3 filhos em casa

modesta. É mototaxi. Realizada orientação

sobre solicitação de copia de documentação.

Frederic Silveira

# EVOLUÇÃO SOCIAL

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
29.08.19 12h	Paciente Acute em atendimento aguardando atendimento não acompanhado. Constante orientado. Referido orientado. Menos 2 retornos da unidade.
	

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO.

NOME: WILSON DOS SANTOS IDADE: 43 anos

REGISTRO: 118423 DATA: 1/1

HDA: refere-se ao

EX. FÍSICO: em tratamento com

EX. COMPLEMENTARES: na

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. distúrbio de conduta
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Tratamento

SENHA: 533559 DESTINO: HDF

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM ( ) NÃO ( )

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

HORA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_ MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_\_ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS  
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Iranildo Borges dos SantosREGISTRO: 773912 DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1976RG: 5427861 ORGÃO EMISSOR: SSP/PEENDEREÇO: Rua da Lua Bairro Dois  
Irmãos PaudalhoNOME DA MÃE: Maria Lucia Barbosa dos SantosDATA ADMISSÃO: 27/08/2019 DATA ALTA: 31/08/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 30/08/2019 CID: S42.0DIAGNÓSTICO: Fratura da ClavículaDireita — " — " —TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico  
de Fratura da Clavícula Direita

— " — " —

— " — " —

MÉDICO: \_\_\_\_\_

CREMEPE: \_\_\_\_\_

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 12 DE Novembro DE 2019.  
Leonardo Costa  
Médico  
CRM 23550

MÉDICO



Nome do paciente: <u>Manoel Borges dos Santos</u>			
Clínica: <u>Obstetria</u>		Enfermaria: <u>15</u>	Leito: <u>04</u>
Nº prontuário: <u>238170</u>		Nº AIH:	
Diagnóstico inicial (constante no lado médico): <u>Pré-eclâmpsia</u>			CID: <u>S420</u>
Procedimento solicitado: <u>Parto. Forc. Plavivale D</u>			Código: <u>0408010150</u>
Tempo de permanência previsto: <u>02 dias</u>			
Procedimento realizado: <u>Parto</u>			Código: <u>0408010150</u>
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	<u>Dr. Jorge Augusto</u>	
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiistas	<u>Dr. Michelle Tavares</u>	
07	Clínico		
08	Clínico		
<b>Procedimentos especiais</b> <input type="checkbox"/> Mudança de procedimento <input type="checkbox"/> Diária de uti <input type="checkbox"/> Diária de acompanhante <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de prótese órtese <input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação <input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral <input type="checkbox"/>			
<b>Resumo do caso</b> <p>PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.</p>			
Diagnóstico principal: <u>Pré-eclâmpsia Forc. Plavivale D</u>			CID: <u>S420</u>
Diagnóstico secundário:			CID:
Motivo da alta: <u>melhor</u>			
Internação: <u>27.08.19</u>		Alta: <u>31.08.19</u>	Dias de hospitalização:

*José Genes Sales Cavalcante*  
 Ginecologia e Obstetrícia  
 Médico do Trabalho  
 CRM 46.632-9/PE 076.632.934-87



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ORTOPEDIA

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
<b>Identificação do Paciente</b>			
5- NOME DO PACIENTE IVANILDO BORGES DOS SANTOS	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1093882	7- (CNS) 898003724195275	8- DATA DE NASCIMENTO 22/04/1976
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MAE DO PACIENTE MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 89437393   Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA ABEL JOSE DOS SANTOS, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: SAO LOURENCO DA MATA - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx de 1/3 medio de clavícula d apos acidente motociclistico

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

curtamento > 2 cm de clavícula

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

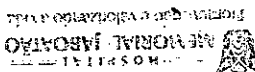
rx + ex físico

20- DIAGNOSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL FRATURA DA CLAVICULA - S420		21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26- CLÍNICA		27- CARATER DA INTERNAÇÃO	
29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) ULYSSES MACEDO BARBOSA - CRM: Nº.CRM26541		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 24/08/2019	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
<input type="radio"/> EMPREGADO	<input type="radio"/> EMPREGADOR	<input type="radio"/> AUTÔNOMO	<input type="radio"/> DESEMPREGADO
		<input type="radio"/> APOSENTADO	<input type="radio"/> NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - COD ORGAO EMISSOR		24 / 08 / 19	
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

José Genes Sales Cavalcanti  
Ginecologia e Obstetrícia  
Médico do Trabalho  
CRM 4820 - CPF: 076.632.434-57



Atendimento: 238170 Nascimento: 22/04/1976

Prontuário: 773912 Sexo: Masculino

Data e Hora do Atendimento: 27/08/19 11:32:55

Escolaridade:

Cartão SUS: 8980037224195275

Nome do Pai:

Endereço: ESTRADA DE ALDEIA, VILA CHA DE CRUZ, CEP: 55825000, Nº 12, PAUDALHO - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 04

CID: S420

## RESUMO DE INTERNAMENTO

EVOLUÇÃO DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 8 DIAS REFERE DOR EM CLAVICULA DIREITA

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FISICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 21 BNF S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV+ AHT SEM RA

ABDOMEN:

ANO, INOLOR

AP - GENITO - URMARIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

1-FRATURA DE CLAVICULA

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Aécio Alves  
Médico  
CRM-PE 33664

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000  
TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

Prontuário: 773912

Atendimento: 238170

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 43 Anos, 4 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

Data: 30/08/2019

01. Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

02. 1. Auxílio Cirúrgico: MARCO ANTONIO NOGUEIRA LIMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SO ANESTESIA  
ROTINA ASSEPTICA  
INCISAO SOB TOPOGRAFIA DA FRATURA  
MANOBRA DE REDUÇAO  
APOSICAO DWE FIO K  
CONFIRMADO REDUÇAO COM ESCOPIA  
FECHAMENTO POR PLANOS  
CURATIVO

JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

CRM: 20770

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9122 - RJ  
RPM 20770 - PE

WILDO BORGES DOS SANTOS,

Masc.

Data de nascimento: 22/04/1978

10773912

Data de aquis: 30/06/78  
Hora de aquis: 18h  
Indice de exp: 20

Y 3.06 2017

BRASIL  
AP  
TA  
IB

19cm HOSPITAL LABOATAO DOS GUARAR

Esc

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO  
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)****PACIENTE:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

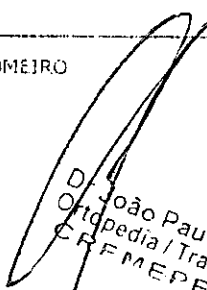
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

**CID-10:** S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA**DATA DE INTERNAMENTO:** 27/08/2019**DATA DA CIRÚRGIA:** 30/08/2019**DATA DE ALTA:** 31/08/2019**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 06/09/2019 **HORÁRIO:** 07:00**MEDICO ASSISTENTE:** DR. JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 31 DE AGOSTO DE 2019

MEDICO: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

  
Dr. João Paulo Romeiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRMPE 22622



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

IVANILDO BORGES DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
5427861 DSP PE

CPF DATA NASCIMENTO  
027.062.204-58 22/04/1976

FILIAÇÃO  
JOSE BORGES DOS SANTOS  
MARIA LUCIA BARBOSA DO  
S SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
02844346860

VALIDADE  
21/07/2023

1ª HABILITAÇÃO  
02/05/2003

OBSERVAÇÕES

EAR

*Ivanildo Borges dos Santos*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARPINA, PE

DATA EMISSÃO

23/07/2018

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Diretor Presidente

48515560566  
PE086926284

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1679670109

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1679670109



# DEBATRON

Nº 014486571947

AIA 37      GOD RENAVAM      RENEER      11 ZEROCIO

[illegible]

----- NOME -----

TOTAL: 30 PAGES OF 1000000

PAUDALHO-412

CPF / CNPJ \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_

027.662 204-52

PLACA ANT: UF	CHASSI
---------------	--------

第 1 次 1952 年 10 月 1 日

\_\_\_\_\_ ESPÉCIE TIPO \_\_\_\_\_ COMBUSTÍVEL \_\_\_\_\_

PAS	INTRODUCTION	DATE	TIME
-----	--------------	------	------

MARCA, MODELO ANO FAB ANO MOD.

HONDA/CG 150 FAN 152	2003	2011
----------------------	------	------

CAP / POT / CIL      CATEGORIA      COR PREDOMINANTE

2P/149CL	PARTIC	CONTRADOMINANTE CINZA
----------	--------	--------------------------

COTA ÚNICA      VENC. COTA ÚNICA      VENC / COTAS

IPVA 2019 QUITADO 1º

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º	★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
----------------	----------------------	----	-----------------

A	1	*****	3	*****
---	---	-------	---	-------

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÊMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO —

SEGURO PAGO			
-------------	--	--	--

OBSERVAÇÕES

**SECRET**

1000


\_\_\_\_\_

DATA  
10/5/1964

12/01/19

Fonte: **ANACRÓCICO** | **NETRAN/PT**

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407599/19

Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

CPF: 027.062.284-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

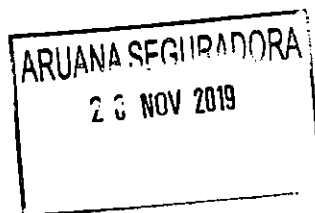
Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

IVANILDO BORGES DOS SANTOS : 027.062.284-58

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



### 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: 20/11/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

ABENILDA MARIA BARBOSA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura de clavícula direita

**Descrição do exame físico:** vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, déficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico com fixação de fios de K, evoluiu sem complicações..  
Alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS, Brasileiro (a),  
portador(a) do RG nº 5427861, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob  
nº 02710621284-58 Residente na Rua  
IV DOIS JANEIRO, Nº 12, Bairro ALTO DOIS FERNANDES Município  
de PAUDALHO -PE,

**OUTORGADO:** **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**, Brasileiro, Portador do RG:  
4.250694 SSP/PE, Inscrito no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera,  
Primavera, Paudalho-PE

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima  
qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la  
Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na  
cobertura; INVALIDEZ, Vítima de acidente de trânsito no dia 20/08/2019,  
Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher  
Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias, pegar cópia de  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar  
e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e  
pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim  
de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL,  
Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas  
necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Paudalho 05/08/2019

Reconheço  
Cartório Machado Campos

Ivanildo Borges dos Santos

**OUTORGANTE**

**Serviço Notarial de Paudalho** Mônica Machado Campos - Tabela Titular  
Rua Genúfio Silva, 66 - Centro - Paudalho / PE - Cep: 55.825-000 - Fone: (81) 3636-1081 - www.cartoriomc.com.br  
**Reconheço por AUTENTICIDADE A FIRMA: IVANILDO BORGES DOS SANTOS,**  
dou fé. Paudalho/PE, 05/08/2019.  
09:47:44. LANEUSA VASCONCELOS BORGES, Substituta.  
Emol: 3,39; TSNR: 0,80; FISC: 0,40; ISS: R\$ 0,20  
FERM 0,04 FUNSEG 0,08 TOTAL 4,61.  
Selo: 0073940.YET08201902.00438  
**Cartório Machado Campos**  
Consulte autenticidade em: www.e-cas.br/tecnologia



M<sup>re</sup> José A. S. Flávio  
Cartório Machado Campos  
Escritório Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407599/19

**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS

**CPF:** 027.062.284-58

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/08/2019

**Titular do CPF:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

### IVANILDO BORGES DOS SANTOS : 027.062.284-58

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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: 20/11/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

ABENILDA MARIA BARBOSA

**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: **3190647780**

Nome do(a) Examinado(a): **IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **TV DOIS IRMAOS, 12 - Paudalho - PE - CEP 55825-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **5427561**

Data e local do acidente: [ **20/08/2019** ] **Paudalho, PE**

Data e local do exame: [ **03/12/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*fratura de clavícula direita*

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

*vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, deficit de força de grau medio, presença de cicatriz cirurgica*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*tratamento cirurgico com fixação de fios de K, evoluiu sem complicações.. Alta médica*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Limitação funcional do ombro direito*

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Ombro direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 a valoração do dano corporal.


Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE