



Número: **0082057-43.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELENO JUNIO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75050495	11/02/2021 11:49	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (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, 21 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200359250

Vítima: HELENO JUNIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELENO JUNIO DA SILVA

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: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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: HELENO JUNIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001361-7

Conta: 0000041723-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.047.224-95 4 - Nome completo da vítima: HELENO JUNIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: HELENO JUNIO DA SILVA 6 - CPF: 092.047.224-95
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA GENERAL ABREU E LIMA 9 - Número: 187 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM CAETES 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53560270
15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 81 985492354

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:

Declare, 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: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 1361 7 CONTA: 41723 8
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autoriza 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na 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 namorado(a) ou parceiro(a)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ABREU E LIMA 05 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Polícia de Circunscrição

Rim/119 /Unica/Polícia Civil/Infopci-S:0.9/WH/31



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -
DP27ªCIRC DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0117001197

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/07/2020 às
12:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu
no dia 4/7/2020 às 18:30

Fato ocorrido na endereço: AVENIDA PAN NORDESTINA, 1 - Bairro
OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53376-484 -
Ponto de Referência: NA FRENTE DA FACHO
Local no Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE);
HELENO JUNIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) HELENO JUNIO DA SILVA

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

HELENO JUNIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: YANIA
BARBOSA DA SILVA Pai: HELENO PAULO DA SILVA Data de Nascimento: 12/11/1991
Naturalidade: ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7989997305/PE (RG)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSÕES (telefones e e-mails):
983336364

Endereço (Residência): RUA GENERAL ABREU E LIMA, 127 - CEP: 0 - Bairro: ALTO SÃO
MIGUEL - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) HELENO JUNIO DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a) HELENO JUNIO DA SILVA
e, em ocorrência nº: MOTOCICLETA/HOMER/00 100 PAN MIX 250i Objeto apreendido



unidade de fiscalização

Mestr/O-Operar/Polícia civil/ infopol-45,0/22ml/B...

NÃO

Cor: AZUL - Quantidade: 1,999 (UNIDADE)

Placa: PYR0185 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9Q2K01620ER339622
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

.....
INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO, QUE ESTAVA TRABALHANDO COMO ENTREGADOR DE APLICATIVO, QUE EM UM DETERMINADO MOMENTO, NO LOCAL DO FATO MENCIONADO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, ONDE O MEMO CAIU COM O VEÍCULO E SOFREU UMA FRATURA SENDO SUBMETIDO INCLUSIVE A UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA MÃO ESQUERDA

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

HELENO JUNIO DA SILVA
(VÍTIMA)x *Heleno Junio da Silva*S.O. registrado por: DENIS SANTOS DE LIMA - Matrícula: 3899441
(Liberado em 13/07/2020 às 13:14)*Denis Santos de Lima*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.047.224-95 4 - Nome completo da vítima: HELENO JUNIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: HELENO JUNIO DA SILVA 6 - CPF: 092.047.224-95
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA GENERAL ABREU E LIMA 9 - Número: 187 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM CAETES 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53560270
15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 81 985492354

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:

Declare, 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: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 1361 7 CONTA: 41723 8
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autoriza 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na 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 namorado(a) ou parceiro(a)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ABREU E LIMA 05 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Atendimento: 1209741

Senha da Classificação:

0078

Data e Hora: 04/07/2020 23:29

Paciente: 110696 HELENO JUNIO DA SILVA Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA Etnia:
Nome Social: Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Data do Nascimento: 12/11/1991 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: TANIA BARBOSA DA SILVA Nome do Pai: HELENO PAULO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: BAHIA -- 160 Bairro: ALTO SAO MIGUEL
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53565360 Usuário Atendimento: EDJAMAS
RG (Identidade): 7990993 SDS-PE Data de Emissão: CNS: 703106803210760
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 83330301
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg
DATA: 1/1 HORA: 23:37

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Doi + eler e - m. (E) após gatilho + m. b. 10/08/2019
Recebeu drogas e amarelou.*

EXAME FÍSICO:

Elas 27/4 em m. (E)

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Transtorno de ansiedade (E)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Ex -> Exame físico do 1º F17C (E)

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

<i>- Exame físico (H1A - 5369602)</i>	
<i>- Exame físico de 1º F17C</i>	

Médico / Cremape:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremape:



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/07/2020 23:22

	Nome Paciente:	HELENO JUNIO DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	12/11/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28 anos
	Senha:	0078
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 04/07/2020 23:27 - 04/07/2020 23:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 76.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2020 23:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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: 15/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELENO JUNIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000000041723-8

Nr. da Autenticação 4EE7A87BB5BF8411





100% DO CREDITO
Quanto você pode gastar no cartão **R\$ 2.174,00**
compras à vista

NUMERO DA FATURA

Adquirir através de cartões ou Adicionalmente a
concorde a R\$ 18,000 por mês. Se não concorda
com o novo Contrato de Adesão.

PRELIMINAR FORTBRASIL

Taxa por atraso 2% a.m.
Encargos contínuos no período 18,00% a.a.
Encargos mínimos próximo período 18,00% a.a.
Quota efetiva total 720,00% a.a.
Encargos sempre próximo período 34,00% a.a.
Juros de mora 1% a.m.
IOF Adicional 0,39%
IOF Fretamento 0,0002% a.d.

Vencimento: **25/09/2020**
SEXTA-FEIRA

FATURA
ANTERIOR

Total a pagar
R\$ 875,13

Créditos
R\$ 875,13

FATURA
ATUAL

Saldo da fatura anterior
R\$ 0,00 (X)

Compras e Débitos
R\$ 932,29 (Y)

Total a pagar dessa fatura

R\$ 932,29

(X+Y)

TOTAL A PAGAR
R\$ 932,29

PAGAMENTO MÍNIMO
R\$ 156,76

PARCELAMENTO FATURA
15x de R\$ 106,06
Total: **R\$ 1.590,90**
Juros: **8,99% a.m.**

PARCELAMENTO TOTAL
NÃO DISPONÍVEL

HELENO JUNIOR DA SILVA

2308XX.XXXXXX.5475

Data	Descrição	Valor (R\$)
-	Total da fatura anterior	875,13
25/08	OBRIGADO PELO PAGAMENTO	-875,13
15/04	Compra Parcelada Parc.5/6 - MOTO GUZ	45,94
14/05	Compra Parcelada Parc.1/2 - SUMUF - PAULINOMULTIMA	32,50
20/06	Compra a Vista - PAG BRUNOFAGNERRODRIG	17,00
26/06	Compra a Vista - JEAN PAULO CASTRO ALME	46,00
27/06	Compra a Vista - DL - GOOGLE GARENA	20,99
29/06	Compra Parcelada Parc.1/4 - DI SANTINI	67,43
05/09	Compra a Vista - UBERBR UBER TRIP HELP	5,59
09/09	Compra a Vista - DL - GOOGLE ROBLOX	1,50
14/09	Anuidade Cartão	19,90
14/09	Avaliação Emergencial Crédito	15,00

continua na página ao lado

OUTRAS OPÇÕES DE PARCELAMENTO

A	12x de R\$ 119,40 Total: R\$ 1.432,80 Juros: 8,99% a.m.
B	10x de R\$ 133,23 Total: R\$ 1.332,30 Juros: 8,99% a.m.
C	8x de R\$ 154,49 Total: R\$ 1.235,92 Juros: 8,99% a.m.
D	6x de R\$ 190,63 Total: R\$ 1.143,78 Juros: 8,99% a.m.

* Para aderir aos outros parcelamentos oferecidos deve-se
pagar o valor exato da entrada (incluindo os centavos).
* Caso queira antecipar parcelas, com desconto proporcional
dos juros, entre em contato com nosso atendimento.
* Verifique disponibilidade de outros planos de parcelamento
entrando em contato com nosso atendimento.

FORTBRASIL
Sua nova forma de pagar

Faça com nossas adesões e confira todos os benefícios de ser nosso cliente acessando o site:

www.fortbrasil.com.br



Bradesco

237-2

23792.36702.90300.747103.12000.160502.1.000.000000000000

Tipo de Pagamento PARA SUA CONVENIÊNCIA, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.				Vencimento: 25/09/2020	
Endereço FIDC FORTBRASIL - 29.665.263/0001-00 - Av. das Américas, 3434, Barra de Tijuca, Rio de Janeiro - RJ				Número / Código Beneficiário 2367 / 1605-5	
Data da Operação 14/09/2020	Número da Operação 3007471012	Parceiro Doc DM	Arquit N	Data da Fatura 14/09/2020	Assinatura 09 / 030074710122
RF em Cartão 09		Cartão R\$	Quantidade	Valor Médio	m Valor da documentação 932,29
NOTAÇÕES: Ao Cartão: Receber independentemente do valor. Não receber pagamentos com cheque. Ao Cliente: Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, pague qualquer valor entre o mínimo e o total e, nesse caso, estará financiando sua fatura com incidência de encargos que serão cobrados na próxima fatura. Pagamentos inferiores ao mínimo ou após o vencimento incidirão multa, encargos de mora e financiamento na próxima fatura além de bloqueio dos cartões vinculados ao mesmo CPF, após a cobrança e registro no SPC. Verifique a disponibilidade do parcelamento de fatura. Para certificar, pague o valor exato do opção escolhida. Após 15 dias da emissão, pague na loja ou no BRADESCO. * Verifique disponibilidade "Os direitos de crédito relativos desta fatura foram cedidos, portanto de investimento em direitos creditários Fort Brasil."					
Pessoa HELENO JUNIOR DA SILVA - CPF: 092.047.224-95 R GENERAL ABREU E LIMA, 187 JARDIM CAETES 53560270 ABREU E LIMA -					

Folha de Compensação AUTENTICAÇÃO SEGURA





CSC RECIFE PERLZ

PC-11

SONIA MARIA LINS DE SOUZA
R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO
53610-433 IGARASSU - PE



221109423020609000000024730 293119

Exatamento próxima fatura: 22/12/2019

Postagem: 29/11/2019

Vencimento: 11/12/2019

Emissão: 27/11/2019

Total da

Espana

Saldo de

Carro

Total de

Atenção:

consulte

fatura, fatura

Titular: **SONIA MARIA LINS DE SOUZA**
Cartão: **5358.XXXX.XXXX.0548**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de

vencimento

A) pagamento total

B) pagamento mínimo



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 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/918LIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu HAUSE LINDBERGH LENS DE SOUZA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.760.234 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

HELENO JUNIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.047.224, 95

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima A MESMA

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

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

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

Endereço: <u>RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO</u>	Número: <u>338</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>JCARASSU</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>RECUSA</u>	CEP: <u>53610933</u>	Tel. (DDD): <u>81.985492354</u>

Local e Data: JCARASSU 05 DE OUTUBRO DE 2020

Hauser Lindbergh Lens de Souza
Assinatura do Declarante





Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ressonância
Cardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

 hma.imip.org.br





SC: 170 %

Paciente: HELENO JUNIO DA SILVA ID: 88000 Data: 11/08/2020 13:18:25
Nome: 12/11/1991 Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL - HOSPITAL MIGUEL ARRÃES

FUJIFILM

Serviço de Imagem:

Raios X

Tomografia

Endoscopia

ultrassonografia

radioterapia

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br



DOCUMENTO DE ALTA

Teve alta deste Hospital

George *Filipe Oliveira* do

do (a)

com *20* anos de idade, natural de

filho de

Paulo Roberto de Saque *10* *Tramuntana*

socorrido pela sua Unidade até de

de *09* e, por este

Hospital, até esta data.

Hospital - Geral de Recife, de

97 de

09

de

2020

MOLÉSTIA:

OBSERVAÇÕES:

*Alta por motivo de necessidade
para ir ao hospital de origem para tratar
a doença que precisa de tratamento*

Médico - Chefe da Enfermaria

Chefe do SAME



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/07/2020 23:22

	Nome Paciente:	HELENO JUNIO DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	12/11/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28 anos
	Senha:	0078
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 04/07/2020 23:27 - 04/07/2020 23:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 76.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2020 23:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/07/2020 23:22

	Nome Paciente:	HELENO JUNIO DA SILVA
	Cód. Paciente:	110696
	Data de Nascimento:	12/11/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28 anos
	Senha:	0078
	Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
	Atendimento:	1209741 
SAME:		

Período: 04/07/2020 23:27 - 05/07/2020 00:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - RECLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE
Observação:	ACIDENTE DE MOTO. DM- HAS- ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 04/07/2020 23:27 - 04/07/2020 23:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	NÃO URGENTE - VERDE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE
Observação:	ACIDENTE DE MOTO. DM- HAS- ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR LEVE (1-3/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM - P.A. DISTOLICA: 76.00 MMHG - P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/07/2020 00:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/07/2020 03:42


Nome Paciente: HELENO JUNIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 28 anos
Senha: 0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/07/2020 03:55 - 05/07/2020 04:01

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELA UPA DE IGARASSU SENHA : 5969609, CONCIENTE, ORIENTADO , REFERE DOR MSE APOS QUEDA DE MOTOCICLITA.
HD: FX OU LUXAÇÃO DE MSE.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 3
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 149.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 58.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

**REVISAL
NEPI-HM**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (✓)

Local

.....
Enfermeiro

LUCIANO DE FREITAS E SILVA
COREN-PE 253220-ENF

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/07/2020 04:01

tema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 530756

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **HELENO JUNIO DA SILVA** Prontuário: 88039
Idade: 28a 7m 24d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 12/11/1991
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 210862233066 C.P.F.: 09204722495 Telefone: CEP 53565360
Endereço: RUA BAHIA, 160 - ALTO SAO MIGUEL - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 06/07/2020 04:10
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-34
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **FATURADO**
Iereço: Número: **12/07/2020**
Telefone: Cidade: Estado civil: **MAGDA FATURISTA**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 07/07/20 Hora da Alta: 13 : 00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boas condições clínicas.

Diagnóstico Principal.....: Fratura de braço de 1º metacarpo ungulado

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: RPFP com fixação de 1º metacarpo ungulado.

Dr. Ian Bush - Frenco
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26534 / CRM-PE 11317

Médico e CRM:

Heleno Junio da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Heleno Junio da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 530685

Senha da Classificação:

0004

Data e Hora: 05/07/2020 04:09

Paciente: 88039 HELENO JUNIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/11/1991 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: TANIA BARBOSA DA SILVA

Nome do Pai: HELENO PAULO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BAHIA

160

Bairro: ALTO SAO MIGUEL

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Queda de moto há 10 horas, apresentando dor no punho e, NV+, Nega Alteração de consciência.

Exame Físico

Obvio ferimento, orientado
Mão E com Dor, NV+

Hipótese Diagnóstica

Fratura da Base do 1º Metacarpo E

Prescrição Médica

11 Soluto Bx
21 Tratamento.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA

DATA DE NASC.: 12/11/1991

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 88039

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
05/07/2020	ADMISSÃO
05:51	
	OPD/HDA: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS, APRESENTANDO DOR EM MÃO ESQUERDA, NV +
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA
	MEDICAÇÕES DE USO: NENHUMA
	EXAME FÍSICO: EGB, EUPNEICO, ORIENTADO DOR EM MÃO ESQUERDA, NV +
	EXAMES DE IMAGEM: RADIOGRAFIA
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DA BASE DO 1º MTC ESQUERDO
	CONDUTA: INTERNAMENTO + PRE OP
	<i>Dr. Renato Almeida</i>
05/07/2020 07:40	UP: Pac. da Base do 1º MTC E Pct EGB eupneico, orientado NV+ com tala, NV+ CD. Aguarda cirurgia
06/02/2020 18:30	#Nate Operatório Pct submetido a procedimento cirúrgico, se internado. cd. ① A SR.

Andre Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 29416



07/07/20

10h

501

HJ: RFPF com: Alas K de fratura de base de 1º metacarpo 3.

Paciente estável sem intercorrências, resp. reações agudas.
EGB, consciente, eupneica, afébril.

Cx: ① Útil hospitalar e retorno p/ acompanhamento ambulatorial.
② Orientações gerais

Dr. Ian Bastião Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28658 / CRM-SP 11317





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA <u>5969689</u>
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	<u>1074</u>
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>Heleno Junior da Silva</u>	Idade: <u>28</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: <u>Atibaia e Lima</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ☒	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Paciente vítima de queda de uma</u>	
<u>altura de 10 metros e não se lembra</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura de braço - fratura de bacia</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



Aviso de Cirurgia: 65583
Paciente: 88039
Convênio Atend.: 1
Leito: 710
Dt. Início: 06/07/2020 16:25
Cid Pré-Operatório: S623
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003
SALA 03
HELENO JUNIO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-34
Dt. Fim: 06/07/2020 17:50
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Atendimento: 530756
Carteira:
Idade: 28 Anos

Procedimento: 0408020539
Convênio: 001
Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

CIRURGIAO: 13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
ANESTESISTA: 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE BASE DE 1º METACARPO ESQUERDO
INTERVENÇÃO: RFFP COM FIOS K
OPERADOR: DR ALEXANDRE
1º AUXILIAR: DR SAMUEL
2º AUXILIAR: DR FELIPE GUEDES
3º AUXILIAR: DR GULHERME
4º AUXILIAR: DR ANDRÉ CHAVES
ANESTESISTA: DRA CONCEIÇÃO
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL MSD + SEDAÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSE
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
2. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE BASE DO 1º MTC DIREITO
3. FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE KIRSCHNER 1,5 MM
4. OBSERVADO BOA REDUÇÃO À FLUOROSCOPIA
5. CURATIVO ESTÉRIL
ALA LUVA
6. À RPA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 29416

DR(A): ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
CRM: 13344





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]
IDADE: 28 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 05/07/2020

DATA NASC.: 12/11/91
REG: 99039
DATA DA ALTA: 7/7/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DA BASE DE 1º MTC ESQ. (BENNET)

TRATAMENTO REALIZADO:

- REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO PERCUTANEA COM FIOS K

Tala gessada

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO 1 SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS PARA DR. VALDECY HOLANDA;;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO
FERIDA OPERATÓRIA: TALA AXILO-PALMAR DE BOM ASPECTO COM CURATIVO ESTÉRIL LIMPO
MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Gusiorff Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20359 / CRM-PB 11317

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
HARNE LINDBERGHY LINS DE SOUZA

DOC. IDENTIFICADÓRIO
5962094 SDS PE

CPF
042.780.234-32

DATA NASCIMENTO
02/03/1981

FILIAÇÃO
WILLIAN LINDBERGHY GAS
NIEL DE SOUZA
SANTA MARIA LINS DE SO
UZA

SEXO
M

Nº REGISTRO
02354502670

DATA EMISSÃO
11/12/2022

VALIDADEZ
30/05/2002

OBSERVAÇÕES
CETVE
EAR

Harne Lindberghy Lins de Souza

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
12/12/2017

ASSINATURA
17801645064
PE002238940

PERNAMBUCO

VALORES
1559850170

PROCESO
1559850170





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CONDIÇÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1563912341

NOME
HELENO JUNIO DA SILVA



DOC IDENTIDADE ORG EMISSOR UF
210862233066 MEX PE

CPT DATA NASCIMENTO
092.047.224-95 12/11/1991

FILIAÇÃO
HELENO PAULO DA SILVA
TANIA BARBOSA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05165739973 01/02/2021 09/07/2013

OBSERVAÇÕES
EAR

Hellenio Junio da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
PAULISTA, PE 01/02/2018

[Signature]
Charles Anderson Sousa Almeida
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

00744867588
PROG 0691581

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1563912341



DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA
1

COD-RENAVAM
1005323620

Nº 015103622851

HELENO JUNIO DA SILVA

NOME

ABREU E LIMA - PE

CPF / CNPJ

092.047.224-95

PLACA ANT / UF

***** / PE

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

MARCA - MODELO

HONDA / CG150 FAN

CAP / POT / CIL

2P / 149CL

COTA UNICA

IPVA 2020 QUITA

FAIXA IPVA

1

PARCE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

8.10

IOF (R\$)

0.00 22.20

VALOR TOTAL

13.01/2

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU E LIMA

DATA

14/01/20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3200359250**Cidade:** Abreu e Lima**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** HELENO JUNIO DA SILVA**Data do acidente:** 04/07/2020**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA****Data da análise:** 09/10/2020**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DE 1º METACARPO ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER PG. 1,13. ALTA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO.**Sequelas:** Com seqüela**Documento/Motivo:****Nome do documento
faltante:****Apontamento do Laudo
do IML:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.**Documentos
complementares:****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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	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:** 3200359250**Cidade:** Abreu e Lima**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** HELENO JUNIO DA SILVA**Data do acidente:** 04/07/2020**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA****Data da análise:** 09/10/2020**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DE 1º METACARPO ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER PG. 1,13.
ALTA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO.**Sequelas:** Com seqüela**Documento/Motivo:****Nome do documento
faltante:****Apontamento do Laudo
do IML:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.**Documentos
complementares:****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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____

IDENTIDADE: 210862233066 CPF: 092.047.224-95

ENDEREÇO: RUA GENERAL ABREU E LIMA 187 - JARDIM
CAETES - ABREU E LIMA - PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 5962094 CPF: 042.760.234-32

ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO - IGARASSU - PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me

- Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.

Abreu e Lima 05 de OUTUBRO 2020

x Helena Junio da Silva
=Assinatura do Outorgante=
Por autenticidade

