

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES DE FREITAS

08R38



POLEGAR DIREITO



Claudiano Monteiro da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

6.652.072

DATA DE EMISSÃO 19/02/2019

Nome << CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO TAVARES DA SILVA >>

<< LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA >>

NATURALIDADE PASSIRA - PE

DATA DE NASCIMENTO 18/01/1981

DOC ORIGEM << 076919 01 55 1988 1 00005 186 >>

0004230 17 SALGUEIRO-PE

CPF

PABLO A. TAVARES DE FREITAS
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013435429720
VIA 1 527179990
COD RENAVAM 1
LANTAG 1
EXERCÍCIO 2018

MARIA JOSE MENDES DA PAZ

OLINDA - PE

067 559 314-03

PLACA ANT/OP

902KC1650DR307644

PAZ / MOTOCICLETA

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2P/149CL

1 P

IPVA 2018 QUITADO

V 1

PARCELAMENTO/DTAS

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OLINDA

22/02/18

21 NOV 2018

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja

Raças - Recife/PE CEP: 52

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Graca DPVAT

APERTURA DE SINISTROS

DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013435429720 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA JOSE MENDES DA PAZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

OLINDA - PE
EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/02/18

067 559 314-03 PLACA PEV6534

902KC1650DR307644

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2P/149CL

1 P

IPVA 2018 QUITADO

V 1

PARCELAMENTO/DTAS

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OLINDA

22/02/18

21 NOV 2018

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja

Raças - Recife/PE CEP: 52

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Graca DPVAT

APERTURA DE SINISTROS

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190329256 **Cidade:** Passira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MAXILA DIREITA.
FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - BARRA DE ERICH.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190329256 **Cidade:** Passira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA MAXILA DIREITA.
FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - BARRA DE ERICH.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINA 03 RELATÓRIO MÉDICO.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

AUTORGANTE:

Nome: Claudio Monteiro da Silva
 Nacionalidade: Brasileiro
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 54.014.245-1
 Endereço: F.Z. Novo Horizonte nº 26
 CPF: 043.533.934-64

AUTORGADO:

Nome: Geralton Dinacio Ferreira
 Nacionalidade: Brasileiro
 Profissão: Revisor
 Identidade: 51.66.247
 Endereço: Rua 1º de Maio nº 222 Centro
 CPF: 022.760.334-60

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador, autorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Passira 13/11/2018
LOCAL E DATA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 VERIFICADO
 27 NOV 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife - PE CEP: 52011-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife - PE CEP: 52011-000

Claudio Monteiro da Silva
SIGNATURA DO AUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO ÚNICO DE IMÓVEIS DA COMARCA DE PASSIRA - PE
 TOMEI, AMIN APARECIDA DE MORAIS PADILHA BEZERRA / SUBSTITUTA, NOME DE FOLHA PADILHA BEZERRA / R. do Rio Santa, 812, Centro - Passira - PE CEP: 52500-000 - F. (81) 3031-0332
 Reconheço por Autenticidade a firma de CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA
 em 13/11/2018, às 14:23:00. Em testemunho da
 verdade, MARIA APARECIDA DE MORAIS PADILHA BEZERRA - TABELIA
 Emp. nº 8.88 TSNR RS 0.80 PERC RS 0.40 Total RS 4.79 Se. 10
 Digi. 0075036 NNN10201802 01034 Consulte autenticidade em
 www.tjpe.rj.gov.br/autenticidade

CARTÓRIO ÚNICO DE PASSIRA - PE
 MARIA APARECIDA DE MORAIS PADILHA BEZERRA
 TABELIA
 SUBSTITUTA

CARTÓRIO ÚNICO DE PASSIRA - PE
 MARIA APARECIDA DE MORAIS PADILHA BEZERRA
 TABELIA
 SUBSTITUTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165874/19

Vítima: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

CPF: 043.533.934-64

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 31/07/2018

Titular do CPF: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GERAILTON INACIO FERREIRA : 022.760.334-60

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

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA : 043.533.934-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2019
Nome: GERAILTON INACIO FERREIRA
CPF: 022.760.334-60

GERAILTON INACIO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165874/19

Número do Sinistro: 3190329256

Vítima: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

CPF: 043.533.934-64

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 31/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA : 043.533.934-64

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: GERAILTON INACIO FERREIRA
CPF: 022.760.334-60

GERAILTON INACIO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329256

Vítima: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALTON INACIO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329256

Vítima: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALTON INACIO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000028836-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

043.533.934-64

Nome completo da vítima

Claudio Monteiro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Claudio Monteiro da Silva

Endereço

FZ. novo Horizonte

Bairro

alto novo Horizonte

Cidade

Paracuru

Email

CPF titular da conta

043.533.934-64

Profissão

AGricultor

Complemento

Número

26

Estado

PE

CEP

55650.000

Telefone (DDD)

(81) 9.9941-4162

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO. 053

D/V

CONTA

NRO. 028836

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todas as opções)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIDO NÃO VERIFICADO

21 NOV 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja F
Gracás - Recife/PE CEP: 520-1-400

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Paracuru, 13 de novembro de 2018

Local e Data

Claudio Monteiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja F
Gracás - Recife/PE CEP: 520-1-400

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0151005441

487269
0421573/1

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **14:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **31/7/2018** às **14:04**

52363

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PASSIRA, 01 - Bairro: CENTRO - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE-095**

0165874/19

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ MENDES DA PAZ (OUTRO)
CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LAURIETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA Pai: **SEVERINO TAVARES DA SILVA** Data de Nascimento: **18/1/1981** Naturalidade: **PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **540142451/SSP/SP (RG), 04353393464 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

MARIA JOSÉ MENDES DA PAZ (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PASSIRA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ MENDES DA PAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFV6534** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **527179990** Chassi: **9C2KC1650DR307644**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA SUA MOTO PELA RODOVIA PE-095, DA CIDADE DE LIMOEIRO À PASSIRA, QUANDO EM UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E VEIO A CAIR NA PISTA DE ROLAMENTO. UM MOTORISTA QUE PASSAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE, SOCORREU A VITMA PARA O HOSPITAL NA CIDADE DE PASSIRA, APÓS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS (OCORRÊNCIA Nº 048.109) FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE (ATENDIMENTO Nº 005797), APÓS RAO X FOI CONSTATADO POLIFRATURAS NO MAXILAR E FOI SUBMETIDO AS CIRURGIAS.

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

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCIANO SOUZA DA SILVA** - Matrícula: **273596-2**




Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Cláudio Monteiro da Silva

CPF da Vítima

043.533.934-64

Data do Acidente

31/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

(81) 9.9941-4162

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o Departamento de Sinistros DPVAT, uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 NOV 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Recife, 13 de novembro de 2018

Local e Data

Cláudio Monteiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00020579-6

Nome: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

Endereço: LOTEAMENTO NOVO HORIZONTE, Nº 26

Cidade: PASSIRA/PE

Documento: CI54.014.245-1

Mãe: LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA

Profissão:

Bairro: ALTO DA ESPERANÇA

CNS:

Idade: 37 ANOS, 6 MESES E 13 DIAS

Dt. Nasc.: 18/01/1981

Sexo: M

Est. Civil: SOLTEIRO

CEP: 55650000

Nac: BRASIL

Tel.:

Sisprenatal:

Pai: SEVERINO TAVARES DA SILVA

Responsável:

Secretaria de Saúde de Passira
Vigilância Epidemiológica
Adriana Oliveira

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
31/07/2018 14:04	0048109	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

PA: 110x90 mmHg. Último de
FC: 107 acidente
PR: 18 motorista
at 1/2: 97%
verdade, orientada, caiu
história de alcoolismo

Tratamento

① monitor PA + qual SPO2 →
fazer 2,5ml
② ampolas 80mg ev.
③ SVD
④ SNG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 NOV 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Traminhado:

HR

Removido:

Ido:

h m do dia

Data saída:

31/07/18

hora saída:

15:10

Data da impressão: Terça-feira, 31 de Julho de 2018 às 14:04

Recepcionista: ANA MÁRCIA

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / GOREN Márcia Gomes de Moura Téc. enfermagem CORR: PE: 692892
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTÃO	
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input checked="" type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO
		HORÁRIO

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: 06/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

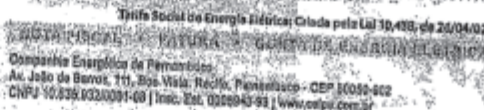
CLIENTE: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000028836-6

Nr. da Autenticação 2C28A65D69C8D44A



JANICLEIDE BEZERRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ NOVO HORIZONTE 28

CNPJ 409.709.998-10 NIS 16224793329

PASSIRAPASSIRA
PASSIRAPE
55050-000

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTINUA

7005028234

0098-9113/98/0005-0000\$05.00/0

06/2016

Nº DA NOTA FISCAL
021502128

Óscar

CONCLUSIONS

DATA DE VENCIMENTO:

DATA PROVIDED BY PRODUCER LITIGIA

APPENDIX

© 2005 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

TOTAL A. 512.000.000

2010/02/18

21/03/2018

2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030

DA INSTALAÇÃO

11. *Journal of the American Medical Association*, 277: 1001-1002, 1997.

DESEMPENHO DA INDÚSTRIA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo até 30 kWh			
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh	30,0000000	0,18450816	5,53
Acrescimo Bandeira AMARELA	33,0000000	0,1630141	10,43
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,09
Combustível Iluminação Pública			1,09
Multa por atraso NF 017687025 - 23/05/18			3,37
Juros por atraso NF 017687025 - 23/05/18			0,35
Atualização (IGPM) NF 017687025 - 23/05/18			0,11
			0,14

TOTAL DA FOLHA: 54

DEMOSTRATIVO DE CONSUMO DE...

Nº DO RECEIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (NºM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301010102	CAT	22-05-2018	5 308,00	26-05-2018	5 451,00	30	1,00000		23,03

[illegible]

STRUCTURED SUMMARY

[illegible]

Antonio Sérgio de
Lima, doutor em Filosofia pela ANTEL
41.4.0210/10110, produção
de vídeo em português e inglês de
documentários e filmes, para
jornais, televisão e websites de
divulgação científica.
www.dspg.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
COMPROBADO E VERIFICADO

21 NOV 2018

Gente Seguradora S/A

Genie Seco
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Gracias a Dios
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Segura
Av. Rui Barbosa, 711
Gracas - Recife / PE



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL Nº 7004118418
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 715, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.332/0001-06 | Ins. Est. 0506043-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GERALTON INACIO FERREIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 01 DE MAIO 222

CPF 022.760.334-60

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
Monofásico

CENTROPASSIRA
PASSIRA, PE
55050-000

CONTA CONTRATADA
7004118418
DATA DE VENCIMENTO
29/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
59,63

Nº DA NOTA FISCAL
03M01433
SÉRIE
ÚNICA
EMIÇÃO
22/10/2018
APRESENTAÇÃO
22/10/2018
Nº DO CLIENTE
2001463769
Nº DA INSTALAÇÃO
5234118

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Pública Municipal
ICMS Substituição CDE NF 028358435-2208/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
57,0000000	0,73086008	41,84
		3,68
		10,71
		0,22

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
301028790			29-09-2018	5.170,00	22-10-2018	5.168,22	23	1,0000		57,00

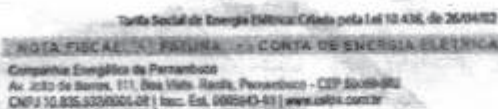
PERÍODO	CONSUMO (KWH)
OUT 10	57
SET 16	45
AGO 10	45
Jul 16	48
JUN 10	45
Mai 16	51
ABR 10	55
MAR 16	77
FEV 16	57
JAN 10	55
DEZ 17	75
NOV 17	72
OUT 17	68

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 NOV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

ATENÇÃO: A INFORMAÇÃO QUE VOCÊS POSSUÍM SOBRE A CONTA É IMPARTIAL	ATENÇÃO: A INFORMAÇÃO QUE VOCÊS POSSUÍM SOBRE A CONTA É IMPARTIAL
INFORMAÇÃO DE IMPORTÂNCIA	INFORMAÇÃO DE IMPORTÂNCIA
ATENÇÃO: A INFORMAÇÃO QUE VOCÊS POSSUÍM SOBRE A CONTA É IMPARTIAL	ATENÇÃO: A INFORMAÇÃO QUE VOCÊS POSSUÍM SOBRE A CONTA É IMPARTIAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

CONTA CONTRATADA
7004118418
DATA DE VENCIMENTO
29/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
59,63
83830000000 4 58630011007-8 00411841810-9 15325282023-9



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

F2 NOVO HORIZONTE 26

PASSIRAPASSIRA
PASSIRA PE
55650-000

CONTA, CONTRATO	MÊS/ANO
-----------------	---------

7005028234	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
29/03/2018	22/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	22.2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água até 30 kWh	30,0000000	0,18893510	5,60
Consumo Água superior a 30 até 100 kWh	40,0000000	0,32048016	12,81
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,37
Mutipor ataxo-1F-051456423 - 19/02/19			0,29
Juros por ataxo-1F-051456423 - 19/02/19			0,18
Atualização IGP-M-051456423 - 19/02/19			0,07
TOTAL DA FATURA			22,25

22-24

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ÁGUA FÍSICAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (LITROS)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
27141512	CAL	14/03/2014	8.882,30	23/03/2014	8.872,30	9	7.000,00		70,00

[illegible]

INFORMAZIONE IMPORTANTE

[illegible]

The following are the
 departments of the
 University of the
 Philippines:

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAI 2019

Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 - L
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Geraílton Inácio Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.760.334/60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário elaudiano monteiro da silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.533.934/64 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima elaudiano monteiro da silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.533.934/64 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 informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

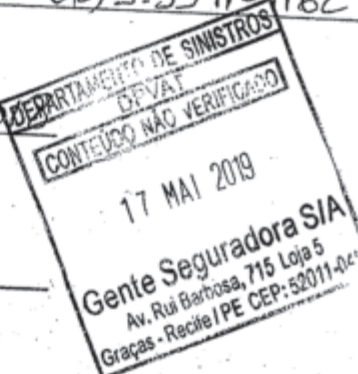
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua 1º de maio</u>		Número <u>222</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Passira</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55650.000</u>
Email <u>Geraíltoninacio@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(08) 9.9941.1162</u>

Passira 13 de novembro de 2018
Local e Data

Geraílton Inácio Ferreira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José Mendes da Paz
RG nº 7.392.535 data de expedição 26/08/2003
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 067.559.314-03, com
domicílio na cidade de Passira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Antas, nº S/N,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Claudio Monteiro da Silva cujo o condutor era
Claudio Monteiro da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: 2013
Ano: 2013
Placa: PFV 6534
Chassi: 9C2KC1650DR307644
Data do Acidente: 31/07/2018
Local e Data: Passira 08/08/2018

Maria José Mendes da Paz
Assinatura do Declarante

Cartório Único
de Passira-PE



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

M^{te} Aparecida de M. Padilha
Titular



M^{te} Aparecida de M. Padilha
Titular



Ficha de Atendimento

Numero do Registro

1005797	Data e Hora de Atendimento: 31/07/2018 16:49	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
----------------	---	--

Cod. Paciente: 1642573	Paciente: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA	Sexo: MASCULINO
Data de nascimento: 18/01/1981	Idade: 37a 6m 11d	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: JANCLEIDE BEZERRA
DOC ID / Data expedição 540142451 / 09-Jan-10	Mãe: LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA Pai: SEVERINO TAVARES DA SILVA	Cartão SUS: 701408605981236
Endereço: LOTEAMENTO NOVO HORIZONTE	Numero 26	Complemento:
Bairro: CENTRO	UF: PE	Telefone:
Cidade: PASSIRA		

Ocorrências:

Not 31/07/2018
NEPI

Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO
Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		

História Clínica:

Paciente com história de acidente automobilístico sendo
encaminhado em serviço de urgência fratura de mandíbula.
Apresentou em transporte os sintomas eméticos
nesta noite começou a apresentar dor abdominal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa Recife / PE CEP: 52011-040

Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?		

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pérvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
----------	---	---	-------

B: Respiratório

C: Circulatório

Per em 25 bpm e 13 pulsos cereais e sinistros

02 05 13

31 7 18
PAULO FRIAS

Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: 4	Score: 6	Score: 6
Hora:	Hora:	Hora:

Exposição/Abdômen:

Abdomen flácido, doloroso em pontos localizados
e em FID sem sinal de irritação peritoneal.
Escovações em face MSS e MMJJ

agnóstico Inicial:

Brutano

Cod. Procedimento

nduta:

- 1) MC de crânio e coluna cervical e tórax e abdome e membros
- 2) RX de tórax e pelve, ugo, apenas tórax.
- 3) Ao da NCR / BNF

João Paulo Siqueira
Médico
CRM-PE 24.127

olução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

finição do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

ernado na Clínica:

ansferido para:

Condição de Alta:

Curado ☐ Melhorado ☒
Inalterado ☐ Piorado ☐
Óbito ☐

orização para Alta / Internamento / Transferência:

dico: _____ CRM: _____ Data: 04/07/19 Hora: 09:00

rmoo de responsabilidade para internamento:

stou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos
ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

ta:

Nome completo legível: _____

da identidade: _____

Assinatura: _____

rmoo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como ter conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

ta:

Nome completo legível: _____

da identidade: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 31-Jul-18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracías - Recife / PE CEP: 52011-040

19:40 -
natureza de acidente motociclístico ocorrido com o paciente em TNE (D)
do por: Corretor, entidade oposta escovações em pi (D) + coluna em TNE (D)
Pelve + fratura de osso sacro, em fratura de medula da coluna.
CD: (D) solicita R4 de TNE (D) + Pelve
(D) Solicita para
7636 DIAS
27073

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

31/07/2018 16:44



Nome Paciente: CLAUDINO MONTEIRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: U0031
Convênio: -
Atendimento:

31/07/2018 16:43 - MARIA DE FATIMA BARBOSA - COREN: 110698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CAPACETE HÁ 2 NHORAS. NÃO HÁ INFORMAÇÃO DE DESMAIO. HÁ RELATO DE VÔMITO EM BORRA DE CAFÉ. APRESENTA FRATURA DE MANDIBULA BILATERAL

Observação: SENHA 5480972

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM FACE

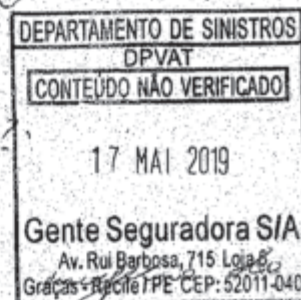
Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: BUCOMAXILOFACIAL

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - TEMPERATURA(C): 36.00 °C
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

31/07
16:00
Traumatologia
- Unidade radiográfica, enviada a imagem dentária em molinete
retard (D)
MD: (D) fratura fechada de mandíbula lateral (D)
(D) fratura da mandíbula (D)?
CO: (D) Paciente com bloqueio unguem por i- anexo da
(D) Joda nota em MID + anexo da reconstrução
(D) Acompanhamento com Traumatologia -
(D) Indicação para tratamento de PAB



Acolhido(a) por: MARIA DE FATIMA BARBOSA

Data: 31/07/2018 16:44



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSIRA

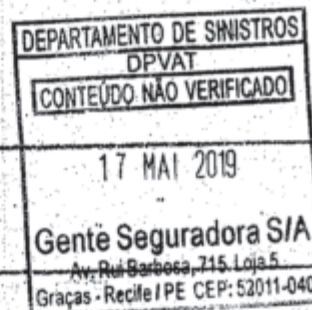
Secretaria de Saúde

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

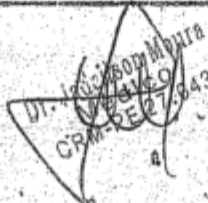


GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Unidade de Saúde U.M.N.S.C.	Município Passira
Nome do Paciente Claudio de Monteiros da Silva	Senha 54 80.972
Endereço do Paciente Passira	Destino HR
Hipótese Diagnóstica Paciente vítima de acidente motorístico na cerca de 1h. Encontra-se consciente, orientado, Glasgow 15. Ao exame físico, apresenta paralisia bilateral de mandíbula e exorotica pelo corpo. Já tem PS, apresenta vômito em 1 hora de café (1 episódio eucrande volume).	
Conduta Encaminhamento ao HR, Avaliação da neurologia e de Becoming Estável	
Observação PA: 110x80 mmHg Sat O ₂ : 99% aa FC: 98 bpm FR: 16 IRpm	
Hora de Saída	
Confirma Transferência	



Ass. / Carimbo Médico



Ass. / Carimbo Enf. Chefe

14.50h



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

claudiano monteiro

7005792

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CBM# 310718 14:30

- Paciente vítima de acidente automobilístico com lesões graves, múltiplas, supracardíacas, 86 Reg.

- Ao exame físico: Apresenta ferimento contuso-contundido na região de tórax inferior. Apresenta mobilidade de mandíbula. O PNV mostra lesões a palpação. Não odora. Siquis enal.

dx: ① Ag. de Pac + 3D

② Acamp BMF

Dr. Antônio
M. de
S. M.
Médico
Emergência
H. da Restauração
180-410.773

ANEX

310718 - 20:30h

Pct Vítima de acidente automobilístico, gravemente com trauma facial importante.

Ao exame: GCS: 15, PIRA, sem déficit motor.

CT de crânio

sem lesões neurológicas

CT de coluna cervical

AGUROS

CD: ① Alta de NCD

② Seguimento com ortopedista e cirurgião BMF.

③ Posição m. cx. Gm.

④ Retiro Colar Cervical -

sem intercorrências.

Luiz Euripedes Santana
NEUROCIRURGI
CRM-PE: 26.409

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 520 1-040

31/07/18

CG

20h

Paciente vítima de acidente de moto.
Sem queixas no momento.

Ao exame: EG regular, eufrênico, corado,
bem perfundido.

ACV: RCR 2T, BNF.

AR: MV + AHT, SIRA

Abdome flácido, indolor. Pelue estável

Edema de face.

Rx tórax: ausência de hemo/pneumotórax
ou fraturas.

Conduta: ① Alta da CG

② à BMF.

Maria Cecília Oliveira
Médica
CRM/PE 24546

CT BMF

1-07-18

21:00

Paciente vítima de acidente
motoelétrico.

Visto consciente, orientado, eufrênico,
eufórico, SVD, SNE, EGReg.

Ao exame apresenta mobilidade
em maxilares, maloclusão, ferimento
extenso na face não
suturado, escoriações difusas em
face.

tc de face sugere fratura de
maxila ①, corpo mandibular ② e
corpo mandibular ③.

CD: paciente cirúrgico de urgência
ocomp. BNF

Dra. Kelyne Negromont
Cirurgiã - Traumatologia
Belo Horizonte - Minas Gerais
CRM/PE 11280



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

elaudioso Monteiro

1005492

EVOLUÇÃO CLÍNICA

C+BMF

Nota de Solo

01-08-18

00:30

Paciente submetido à cirurgia sob anestesia geral para redução e fixação de fratura complexa de mandíbula. A cirurgia ocorreu conforme planejado e sem intercorrências.

Dr. Karine Negromonte
Cirurgia e Traumatologia
Boca-Maxila-Face
CRM/PE 11280

01/08/18

Paciente em pós-operatório e fixação de fratura complexa de mandíbula. Condição e evolução conforme previsto. Hemodinâmica estável. Hipertensão de controle. No C/Ur; Sinais vitais em bom. Sat-02 em 98% em ar ambiente.

VANESSA BIAZ
CRM/PE 11280

03/08/18

7 Tiquia, 14h

Paciente em pós-operatório de cirurgia de fratura de mandíbula. Condição e evolução conforme previsto. Hemodinâmica estável. Hipertensão de controle. No C/Ur; Sinais vitais em bom. Sat-02 em 98% em ar ambiente.

em: - Padgou

- Alfo de Algodor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
147 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Ave. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - Recife/PE CEP: 52011-040

Thaís Carvalho da Lacerda
CRM/PE 11280
ID: 070614677



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1642573

DATA/HORA: 03/08/2018 09:46

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1006835

DATA NASC: 18/01/1981

Leito 604-L3

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/08/2018

Hora: 09:29

#TRAUMATOLOGIA#

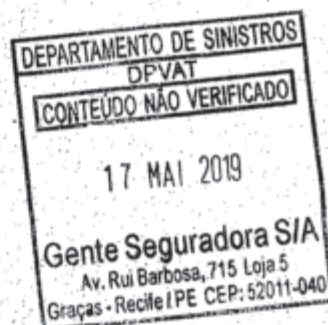
HD: FRATURA FECHADA DE TNZ D ?? / ENTORSE DE TNZ D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + DOR EM Pelve, INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA FECHADA DE TNZ DIREITO. O EXAME: MELHORA DA DOR E DIMINUIÇÃO DO EDEMA EM TORNOZELO. PACIENTE JÁ DEAMBULA SEM QUEIXAS. CHECO NOVAS RADIOGRAFIAS QUE DESCARTAM FRATURAS DE BACIA E TORNOZELO DIREITO.

ADM PRESERVADA. NEUROVASCULAR PRESERVADO.

CD: ANALGESIA/ ALTA DA ORTOPEDIA/ ACOMPANHAMENTO COM CBMF


Thales Carvalho de Lacerda
2º TEN. MÉDICO
CRM-PB 10064
IST: 070514727-c





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Claudio Monteiro da Silva

SR / Maca 03

1642573

EVOLUÇÃO CLÍNICA

03/08/2018.

SRPA

04h30

HD ① POI de Reducao e Fixacao de fratura com
plexo do maxilar e 1/3 medio de face +
Osteoplastia de maxilar lateral

Paciente admitido hemodinamicamente estável, extubado,
vital, em ventilação espontânea no ambiente. No momen-
to, em quies

Alcette - Kneeler = 10.

CD ① Alta da SRPA

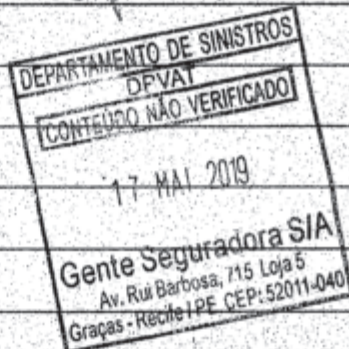
② As Cuidados da CBMF

Dra. Marcela S. Pacheco
Médica
CRM-PE 22831

SRPA

POI de Reducao cirurgica de Fratura de
Mandibula. AUP MSP e hidratacao.
Coscureta e eutrofica. Sinais
estáveis

Contra Marcado de Mito
0178 - ENF



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA	1005797	604/03
-----------------------------	---------	--------

DATA: 03/08/2018

09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, SOB SVD. EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES DIFUSAS EM FACE, SUTURA EXTRA ORAL MANTIDA, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA, OPN E MAXILARES HÍGISOA AO TOQUE, BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR INSTALADAS, OCLUSÃO ESTÁVEL. SUTURA INTRA-ORAL REFERENTE A ACESSO CIRURGICO MANTIDA

TC DE FACE: FRATURA DE MAXILA (D), CORPO MANDIBULAR (D) E PARASSÍNFISE (E)

CIRURGIA REALIZADA DIA 31/07/18 POR DR LAUREANO, DRA KALYNE, DR MATHEUS E DR CAIO POR ACESSO VESTIBULAR MANDIBULAR BILATERAL, REDUÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA COM INSTALAÇÃO DE 02 PLACAS 2.0 MM EM PARASSÍNFISE MANDIBULAR (E) + 01 PLACA 2.0 MM EM CORPO MANDIBULAR (D) E INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR.

CD:

SOLICITO RX PA DE FACE

REMOVO SVD

REMOVO MENTONEIRA

ORIENTO HO E HP

Dr. Rosa Lins
Residente em Cirurgia e
Traumatologia Bico Maxilo Facial HRAUPE
CRQ PE 12454

EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA	1005797	604/03
-----------------------------	---------	--------

DATA: 04/08/2018

09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, SOB SVD. EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES DIFUSAS EM FACE, SUTURA EXTRA ORAL MANTIDA, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA, OPN E MAXILARES HÍGISOA AO TOQUE, BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR INSTALADAS, OCLUSÃO ESTÁVEL. SUTURA INTRA-ORAL REFERENTE A ACESSO CIRURGICO MANTIDA

TC DE FACE: FRATURA DE MAXILA (D), CORPO MANDIBULAR (D) E PARASSÍNFISE (E)

CIRURGIA REALIZADA DIA 31/07/18 POR DR LAUREANO, DRA KALYNE, DR MATHEUS E DR CAIO POR ACESSO VESTIBULAR MANDIBULAR BILATERAL, REDUÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA COM INSTALAÇÃO DE 02 PLACAS 2.0 MM EM PARASSÍNFISE MANDIBULAR (E) + 01 PLACA 2.0 MM EM CORPO MANDIBULAR (D) E INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH SUPERIOR E INFERIOR.

CD:

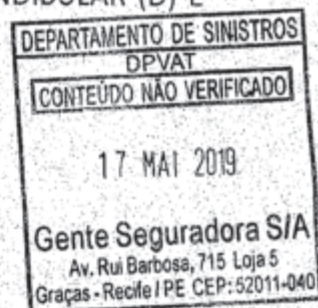
ALTA BMF

AO AMBULATORIO BMF DO HUOC

PRESCRIÇÃO + ORIENTAÇÕES PARA CASA

04.08.18

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]
D^{ra} Rosa Lins
Residente em Cirurgia e
Traumatologia Bucal, Maxilo Facial e
Orto. PE 12/164

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Claudiano Montenegro da Silva

Nº do Registro : 1005794

Clínica : BMF

Nº do Leito :

Operador : Dr. Laureano

1º Assistente : Dr. Kelyne

2º Assistente : Dr. Matheus e Dr. Caio

Instrumentador :

Anestesista : Dr. Nelson

Anestesia : Geral

Duração :

Data da Operação : 31-07-18

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura complexa de mandíbula

bucca bilateral + Fratura complexa de terço

medial da face + Ferimento extenso em

Diagnóstico Pós-Operatório : O mesmo

Operação Proposta : Redução e fixação de fratura complexa de mandíbula bilateral + Redução de terço médio de face + sutura de ferimento extenso em face + osteoplastia de mandíbula bilateral

Operação Realizada : A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Prof. Laureano Filho
Cirurgia Traumatológica
Bucco-Maxilo-Facial
CROIP 0193

Dr. Kelyne Negroment
Cirurgia Traumatológica
Bucco-Maxilo-Facial
CROIP 11280

- ① - paciente sob DDH
- ② - Assepsia e antiseptização do campo operatório
- ③ - Aspersão dos campos
- ④ - Instalação de TOF
- ⑤ - Infiltração com anestésico local contendo vasopressor
- ⑥ - escarificação mandibular bilateral
- ⑦ - Redução e fixação de fratura complexa de mandíbula bilateral com instalação de 02 placas 2.0mm em parafusos mandibular
- ⑧ + 01 placa 2.0mm em corpo mandibular
- ⑨ - Osteoplastia de mandíbula bilateral
- ⑩ - Redução de fratura complexa de terço médio de face com instalação de barra de tita
- ⑪ - sutura de ferimento extenso em face
- ⑫ - Infiltração eopressa com xero
- ⑬ - sutura por planos
- ⑭ - Remoção de TOF
- ⑮ - Remoção dos campos

FICHA DE ANESTESIA

Data

21/07/18

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente

CLAUDIMAR MONTEIRO DA SILVA

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

B

37

J

CRM

Nome do Anestesiologista

8705

NILSON FALCÃO

Nome do Cirurgião

ANTONIO

Medicação Pré-anestésica

Urgência

Não

Sim

Cirurgia

Redução cirúrgica / ortomaxilar de fratura de mandíbula

Horário

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:50

21:50

22:50

23:50

00:

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚGICO HR

PACIENTE: Claudio M. da Silva

IDADE: 37 anos

SEXO: M ☒ F ☐

REGISTRO: 1642573

SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência Geral

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Lauriano

ANESTESISTA: Wilson

1ª AUXILIAR: _____

2ª AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

ENFERMEIRA: Jonilene

CIRCULANTE: Valdemir

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: DVE

INICIO: 22:15

TÉRMINO: 01:00

TIPO DE ANESTESIA: Geral

INICIO: 21:30

TÉRMINO: 01:20

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ GRAVE ☐ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ SONOLENTO ☐ SEDADO ☐ INCONSCIENTE ☐

RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ☒ ENTUBADO ☐ TRAQUEOSTOMIZADO ☐ CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ PA _____

PELE: ÍNTEGRA ☐ LESIONADA ☒ DIURESE: ESPONTÂNEA ☒ SONDAS ☐ DISPOSITIVO URINÁRIO ☐ ALERGIA _____ PERTENCES: _____

PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP ☐ TRICOTOMIA ☐ MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM ☐ NÃO ☒ PROTESE DENTÁRIA: SIM ☐ NÃO ☒

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: ROLYER ☐ LATERAL ☐ DORSAL ☒ VENTRAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ PROTEÇÃO OCULAR: SIM ☒ NÃO ☐ LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: MI 15

CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: 20 FINAL: 20 CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO _____ FIM _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM ☐ NÃO ☒ QUAL: _____ HORA: _____ PREENCHEDO COTA: SIM ☐ NÃO ☒

GARROTEAMENTO: SIM ☐ NÃO ☒ TEMPO DE GARROTE: INÍCIO _____ FINAL: _____

CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS MATERIAIS

MONITOR ☒ OXÍMETRO ☒ CAPNÓGRAFO ☒ PNI ☒ ASPIRADOR MONTADO ☒ MANTA TÉRMICA ☒ CAMISTROS ☒ VÍDEO ☐ TORPÊDO DE NITROGÊNIO ☐ TORPÊDO DE CO₂ ☐ BISTURI ELÉTRICO ☒ MICROSCÓPIO ☐ CAVITRÓND ☐ INTENSIFICADOR ☐ BOMBA DE INFUSÃO ☐ DIPRIFUSOR ☐ ESTIMULADOR DE NERVOS ☐ DERMATÓM ☐ NÃO VERIFICADO ☐ BISTURI ULTRASSÔNICO ☐

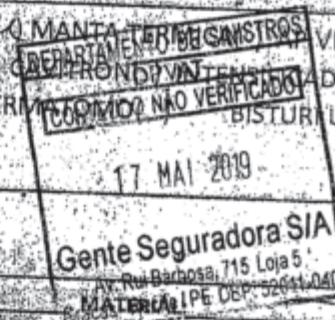
INTRUMENTAIS CONSIGNADOS: SIM ☒ NÃO ☐

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM ☐ NÃO ☒ NOME DA PEÇA: _____

SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____

CULTURA: SIM ☐ NÃO ☒ EXAMES LABORATORIAIS: SIM ☐ NÃO ☒ GASOMETRIA: SIM ☐ NÃO ☒ RX: SIM ☐ NÃO ☒



**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

R. 1642573**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)****Nº 53651****1º Via Fixa**Hospital: Restauração Convênio: SUS Cidade: Recife - PENome do Paciente: Cláudio Monteiro da Silva Data da Cirurgia: 31/07/18Médico: Dr. Luiz Carlos Membro Operado: Foco

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
03 placas 2.0 mm			
parafusos 2.0 mm			

Dr. Rafael S. S. S. S.
Cirurgião Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
Belo Horizonte, Minas Gerais
CRM 11280

PARAFUSOS

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-000

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1005797/2018.

NOME: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA.

Foi atendido às 16h49 do dia 31.07.2018.

Diagnóstico provável: FRATURA DA MAXILA DIREITA
- COPO MANDIBULAR DIREITO E PANASSIA
- FRATURA COMPLETA DE MANDIBULA BILATERAL
- FRAGMENTO EXTENSO EM FACE

(ACIDENTE DE TRÂNSITO)
- CONTUSÃO + ESCORIAÇÃO DE TÓRAX
 Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO E COLUNA
TAC DE FACE

CIAMGIA DA FRATURA DE CRÂNIO
BILATERAL + SUTURA PRECISADA
DISTOBLASTIA DE MANDIBULA
ANALGESIA + ANEST.

Obs. ALTA HOSPITALAR EM 04-08
ÀS 09:00

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do P
 Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

ES - Hospital da Restauração

Dr. Gilberto Wanderley Lima
 Gerente Médico do SANE
 CRM. 1532

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para fins de
 ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL VERIFICADO
 Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 3181.8180 / 3181.5572

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora SIA

Gente Seguradora SIA
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

04/02/2019 15:1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1642573	ATENDIMENTO: 01006835
DATA DE NASCIMENTO: 16/01/1991	FOI ATENDIDO EM: 01/08/2018 ÀS	
	DATA DA ALTA: 03/08/2018 ÀS 09:46	

Diagnóstico Provável:

CONTUSÃO + ESCORIAÇÕES DE TORNOZELO DIREITO

Tratamento Realizado:

ANALGÉSIA + CURATIVO

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA
ACOMPANHAMENTO COM CBMF

Encaminhado para:

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº.10676

Recife, 03, AGOSTO, 2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00020579-6

Nome: CLAUDIANO MONTEIRO DA SILVA

Endereço: LOTEAMENTO NOVO HORIZONTE, Nº 26

Cidade: PASSIRA/PE

Documento: CI54.014.245-1

Mãe: LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA

Profissão:

Idade: 37 ANOS, 6 MESES E 13 DIAS

Dt. Nasc.: 18/01/1981

Sexo: M

Est. Civil: SOLTEIRO

CEP: 55650000

Nac: BRASIL

Tel.:

Sis prenatal:

Pai: SEVERINO TAVARES DA SILVA

Responsável:

Secretaria de Saúde de Passira
Vigilância Epidemiológica
Adriana Oliveira

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
31/07/2018 14:04	0049109	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

PA: 110x90 mmHg. Último de
FC: 107 acidente
TA: 18 motorista
at 02: 977. 14
causado, orientada, caiu
justo de acidente.

Tratamento

- 1) monitor PA + glic 500,91 → faz 2,5ml
- 2) Aquecimento com ev. 14
- 3) SVD
- 4) SNG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

Exames complementares

Impressão diagnóstica CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Transportado:

HR

Transportado:

Horário:

h m do dia

Data saída:

31/07/18

Data saída:

15:10

Data da impressão: Terça-feira, 31 de Julho de 2018 às 14:04

Recepcionista: ANA MÁRCIA

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / GOREN Gomes de Moura Telemagem COR: PE: 692897
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	HORÁRIO:
<input checked="" type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		HORÁRIO
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 17 MAI 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Grças - Recife/PE CEP: 52011-040		

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1005497

Nome: Claudio Monteiro da Silva

Foi atendido às 16:49 hs. do dia 31, 07, 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de aci-
dente motociclístico envolvendo com
fratura de maxila (D), corpo mandibu-
lar (D) e paranasal (D)

CID: S02.4 e S02.6

* Necessita de 30 dias de repouso

Tratamento Realizado: Limpeza realizada dia 31/07/18
por Mr. Laureate, Mr. Matheus, Mr. Mathew
e Mr. Luis por aceno articular mandibu-
lar bilateral para instalação de 2 pla-
cas 2.0mm em paranasal (D) + 02 pla-
cas 2.0mm em corpo mandibular (D) +
instalação de Bona de Euch + 3MM
Observação: Ritornar ao ambulatório Geral do HUC,
quinta-feira, às 13:00h. Sala DIS04 D14.
Ritornar ao ambulatório HR/BMF, dia
04/09/18 para
remover Bona
de Euch + 3MM

Cópia de:

Alta BMF
04/09/18

Dr. Rosa Lima
Residente em Otorrinolaringologia e
Traumatologia Facial Maxilo Facial HAPIPE
CRM Nº 0412654

ACENTO ENXU

21 NOV 2018

Gente Seguradora SIA

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife / PE CEP: 52011-040

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Previdência Social, do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, seguradora e recolhimento de INSS, N.º 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

54.014.745-1

CLAUDIANO MONTENEGRO DA SILVA

SEVERINO LAURENTE DA SILVA

LAURENTE MONTENEGRO DA SILVA

SILVA

PAZETTA - PE

ASSINATURA DO TITULAR

CLAUDIANO M. DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CADEIA DE IDENTIDADE

