



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Cláudino Monteiro da Silva branciro solteiro agricultor, inscrito no RG 6.652.072, SÓSIRE, CPF: 043.533-
934.64, residente e domiciliado, Fazenda Nova Horizonte, nº 26,
Passira, Passira - PE. CEP: 55650-000

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judicia”, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, excutar, dissistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 17 de dezembro de 2019.

Juliana Monteiro da Silva
Outorgante





Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160494100000055065554>
Número do documento: 19122715160494100000055065554

Num. 55971168 - Pág. 2

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, Claudio Monteiro da Silva, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no RG 6.656 072, SDSIPE, CPF 043 533 934 - 64, residente e domiciliado na Fazenda Nova Horizonte, 26, Possira, Passira - PE. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 22 de novembro de 2016.

Claudio Monteiro da Silva
Assinatura





Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160494100000055065554>
Número do documento: 19122715160494100000055065554

Num. 55971168 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160494100000055065554>
Número do documento: 19122715160494100000055065554

Num. 55971168 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160494100000055065554>
Número do documento: 19122715160494100000055065554

Num. 55971168 - Pág. 6



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barro, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.334.833/0001-08 | Inscrição Estadual: 0005943-99 | www.cepe.com.br

JANICLEIDE BEZERRA DA SILVA

FZ NOVO HORIZONTE 26

CPE 479 T 3 2008-10 NIS 18224793328

PAGINA DE ASSISTENCIAS

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL
021302129

APRESENTAÇÃO | Nº DO CR

21/06/2018

CONTA CONTRIBUTO 06/2018
7005028234

www.123RF.com - Stock Photos, Vectors, Illustrations & Clipart - Royalty Free - Image 12000000

28/06/2018 - 23/07/2018

TOTAL A BASSA PREÇO

211

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
------------	-------------	-------------

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh:
Acréscimo Bandeira ANATEL
Acréscimo Bandeira ANATEL
Corrigirá o valor da Fatura
Multa por atraso UF178705-00015-6
Juros por atraso UF1787025-2006-18
Atualização IGP-M UF1787025-2005-6

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30 0000000	0,19450815	5,53
33 0000000	0,31630141	10,43
		0,09
		1,08
		3,37
		0,35
		0,11
		0,14

TOTAL DA FAZENDA

21.10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA UNIÃO FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
30110916120	CAT	22-06-2018	5 788,00	21-06-2018	5 451,00	30	1,00000		83



As condições gerais de
contratação mencionadas ANEXO
414/2015, faltas, descontos,
variações e outras obrigações ex-
igidas em negociação, não
constam, motivo pelo qual a
negociação é inválida.

COMBUSTÍVEL	VALOR REF. 07/18	LITROS DE MILITAR		VALORES MÍNIMOS	TENSÃO NOMINAL (V)	LITROS DE MILITAR (V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO			MÍNIMO	MÁXIMO
UNICO	9,00	5,89	11,80	23,84	230	102	231
+	9,00	3,28	6,71	13,46			
-	9,00	4	10,00	0,00			



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pjje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160494100000055065554>
Número do documento: 19122715160494100000055065554

Num. 55971168 - Pág. 7

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0048109

Prontuário: 00020579-6

Idade: 37 ANOS, 6 MESES E 13 DIAS

Nome: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Dt. Nasc.: 18/01/1981 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: LOTEAMENTO NOVO HORIZONTE, N° 26

CEP: 55650000

Cidade: PASSO FRA/PE

Nac: BRASIL

Documento: CT54.014.245-1

Bairro: ALTO DA ESPERANÇA

Tel.:

Mãe: LAURINETE MONTEIRO DE FREITAS SILVA

Sisprenatal:

Profissão:

Pai: SEVERINO TAVARES DA SILVA

Responsável:

Secretaria de Saúde de Passo
Fraga
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. Urtigo de
accidente
TC: 107
PR: 18
Tb: 97.7. Iria cerca de
1h.
Palpável, eritratada, com
infarto de alcoolismo.

Tratamento

- ① magne IPA + qual 500,9% → fazes 2,5ml 14:
- ② aeroxtol 60ml ev.
- ③ SND
- ④ SNG 14:20

Exames complementares	Impressão diagnóstica	CID

Motivo da saída:	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / GOREN
Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CURATIVO <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	M. J. Gomes de Moura Tec. em Enfermagem COR: 11-PE: 692897
Justificativa:	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Encaminhado:	Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
HR	<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input checked="" type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	HORÁRIO:

Óbito:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
às ____ 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

Repcionista: ANA MÁRCIA



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160494100000055065554>
 Número do documento: 19122715160494100000055065554

Num. 55971168 - Pág. 8



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSIRA

Secretaria de Saúde

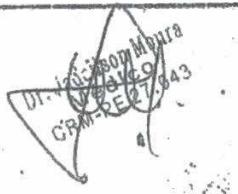
UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Unidade de Saúde U.M.N.S.C.	Município Passira
Nome do Paciente Claudiano Monteiro da Silva	Senha 54 80 972
Endereço do Paciente Passira	Destino HR
Hipótese Diagnóstica Paciente vítima de acidente motoacostalício dia cera de 1h. Encontra-se com queixa de derrame pleural clínico 15. Ao exame físico, apresenta paroxismo bilateral de mandíbula e exangue pelo corpo. Já nos PS apresentou bônus em dor de café. No episódio em grande volume.	Conduta Encaminhamento ao HR. Avaliação da Neurosclerose do Recôncavo lo-faculdade.
Observação PA: 110x70 mmHg Sat O ₂ : 99% aa FC: 98 bpm FR: 16 IR/M	
Hora de Saída	
Confirmação Transferência	

Ass. / Carimbo Médico



Ass. / Carimbo Enf. Chefe

14:50h.



Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas
Glasgow: Abertura Ocular ore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Exposição/Abdômen:

Abdome flácido, doloroso em flancos lateralmente e em P/D sem sinal de irritação peritoneal.

Erosões na face MSS e MMF

Diagnóstico Inicial: *Batrana* Cod. Procedimento

Conduta:
 1) Rx de crânio e coluna cervical e face e abdome et comi
 Ass. Médico
 2) Rx de tórax e pelve, cavo, apenas tórax.
 3) Av da NCR / BMF
 João Paulo S de Siqueira
 CRM-PE 24.127

Solução de Enfermagem: Ass. Enfermagem

Definição do Caso: Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta Condição de Alta:
 Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

Assinatura: CRM: Data: 24/08/18 Hora: 09:00

Termo de responsabilidade para internamento:
 Assinatura: DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 Declaro que estou 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. CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura: Nome completo legível: _____ 17 MAI 2019

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
 Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho ciência das consequências que este ato possam advir.
 Assinatura: DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 Nome completo legível: _____ Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Assinatura: Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

Assinatura: Nome completo legível: _____
 Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 31-Jul-18

19:40 - # Traumatologo
 19:40 - *Retorno da paciente motociclista com dor no peito e TNZ D*
 19:40 - *Do seu: Corrida, optando operar escorregas na pi D + dor no TNZ D*
 19:40 - *Pele + peito no seu pei, na borda da mola de dor quando*
 19:40 - *D. D. solicita R de TNZ D + Pele*
 19:40 - *O Reabilitar opar*
JOSÉ DIAS
27073



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

31/07/2018 16:44

	Nome Paciente:	CLAUDINO MONTEIRO DA SILVO
	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 - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15 - REGUA DE DOR: 5

1104
70:00 # Frenotology
- Javado radiografia, abordar o vago doloroso no lado direito (D).
- O estreito fechado de malato lateral (D)?
- O abra da tonyx (D)?
- O suor no lado vago para o lado do lado (D)?
- O dor na mão + antebraço de recorrência?
- O desempenante em frenotology -
- O liberdade para rotar de PRO

JOSE DAS
29073
+ DR RENATO PES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 1000
GARANTIA PEPE CEP: 50011-040

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

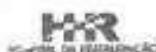
Unidade de Saúde U.M.N.S.C.	Município Passira
Nome do Paciente Claudiano Monteiro da Silva	Senha 54 80 972
Endereço do Paciente Passira	Destino HR
Hipótese Diagnóstica <p>Paciente vítima de acidente motoacidente da cerca de 1h. Encontra-se edema facial, contusão clavicular esquerda e exame físico apresenta parafusos bilaterais de evanescência exercida pelo corpo. Foi visto PS apresentou vênuis em dor conduta. Imediatamente fez exames de grande rotina.</p>	
Observação <p>PA: 110x70 mmHg Sat Oz: 99% aa FC: 98 bpm PR: 16 IRPH</p>	Encaminhamento ao HR. Avaliação da Neurologia e der Recomendação
Hora de Saida	
Confirma Transferência	

Ass. / Carimbo Médico

Ass. / Carimbo Enf. Chefe

- 14.504 -





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Registro

1005797

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

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

Ocorrências:

Not 31/07/2018

NEPI

Objeto 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"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públco <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social

História Clínica:

Paciente com história de acidente metacilístico inico
 provocando seu fraco de origem fratura da mandíbula.
 Apresentou seu transpore os episódios em que
 mesmo semia conexão a apresentar dor abdominal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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"/>	Atendimento Médico
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input 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 pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
----------	---	---	-------

Inega dor cervical

B: Respiratório	HV: <input checked="" type="checkbox"/> em RIT RRA
-----------------	--

C: Circulatório	PA: X mm	P脉: bpm
-----------------	----------	---------

Pulse em 25 BPM os pulsos cérebro e sanguíneos

01/08/18

30/7/18



Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Igual: Abertura Ocular ore:	Glasgow: Resposta Válida Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: <input type="checkbox"/> Hora:

Exposição/Abdômen:

Ateloleia flácido, dorso em flácido lateralmente
e em P/D seu nível de intensidade peritoneal.
Eronações em face MSS e MMST

Diagnóstico Inicial: Batrachio	Cod. Procedimento
---------------------------------------	-------------------

Conduta:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Rx de crâno e coluna cervical e face e radiografia Ass. Médico 2) Rx de tórax e pelve, augo, apenas tórax. 3) Av da NCA / BNP
----------	---

José Paulo S. de Souza
MAMUNDO
CRM-PE 24.127

Solução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição da Alta:
Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Entrado na Clínica: 2018-07-04	
Transferido para: Hospital Universitário	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	Data: 04/09/18	Hora: 09:00
Médico: Dr. Juliano	CRM: 24.127	

Termo de responsabilidade para internamento:
Sou cliente 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.

Nome: _____ Nome completo legível: _____
CPF: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Nome: _____ Nome completo legível: _____
CPF: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: **31-Jul-18**

Traumatologo
 - Atente-se ao acidente motociclista sentido dor no poleo e TNS (D)
 - dor: contínua, constante, sentindo dor intensa no poleo e dor no TNS (D)
 - Poleo intenso ao seu pe, no antebraço ou movimento da questão.
 - (1) Dor intensa R/ de TNS (D) + Poleo
 - (2) Reabilitar o poleo

*JOSÉ ALVES
27073*





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Glaudiano M. M.

7005799

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Heranças - 31/07/18 14:30

- Paciente vítima de acidente veicular fechado com ponto, esquerdo, luxação monovaricada e fratura do espinho ilíaco. Aproxima mobilidade de 0º a 90º de abdução. Aproxima mobilidade de 0º a 90º de abdução. O PNL é móvel palpável a palpação. Maior dor no lado esquerdo.
- Ao exame físico: apresenta fundo vago - comum

C.S. ① Agte de face + 3D

② Auscusp BMF

A.N.C.

311041118 - 20:30h

Pac. Vítima de Acidente Metacôndilo, Grolimedes Cesar

Trânsito Pessoal. Teleassistente.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

Exame: G.S. 15. PIFQ. SGM. DEFICÍCITO MOTRIZ.

C.S. DE CINTURA

SGM. LESÃO NEUROLOGICA

Gente Seguradora S/A

Av. Rua Bartosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52010-045

C.S. DE COLUNA CERVICAL

AGUDAS

C.S. Alta da NCA

③ SORGHUMINATO CSM. ORNAMENTAL CINTURÃO BMF.

④ Procurar na CTZ Cervical

⑤ Rotina Cervical Cervical

SGM. INVESTIGACIONAL.

Luz Esmeralda Serrano
NEUROLOGISTA
CRMPE: 262409

31/04/18

CG

20h

Paciente vítima de acidente de moto
sem quebras no momento.

Ao exame: EG regular, eupneico, corado;
lum perfundido.

ACV: RCR 2+, BNF.

AR: MV + AHT, S1RA

Abdome plácido, indolor. Reles estânu

Edema de face.

Ex torax: ausência de hemot/pneumotórax
ou fraturas.

Conduta: ① Alta da CG

② à BMF.

Maria Cecília Oliveira
Médica
CRM-GO 24545

CT-BMF

04-18

21:00

Paciente vítima de acidente
motoeletrostíctico.
Visto consciente, orientado, eupnei-
co, corado, SVD, SNE, Gvleg.
Ao exame apresenta mobilidade
em maxilar, maloclusão, peri-
mento extenso em face não
intromodo, escoriações difusas em
face.

TC de face sugere natureza de
maxilar ①, corpo mandibular ② e
periostite mandibular ③.

CD: paciente evangélico de origem
escravo. BNF





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.001.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)**

Nº 53651

Hospital Restauração Convênio: SUS Cidade: Recife-PE
Nome do Paciente: Cláudiano júnior da silva Data da Cirurgia: 30/10/11
Médico: Dra. Iasmene Membro Operado: Friso

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			

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



FICHA DE ANESTESIA

Data

21/07/18

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO
ESTADO DO BRASIL

Paciente

CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Sexo	M	Cor	B2	Idade	37	Risco	5
------	---	-----	----	-------	----	-------	---

CRM

Nome do Anestesista

8705 NILSON FERREIRA

Nome do Cirurgião

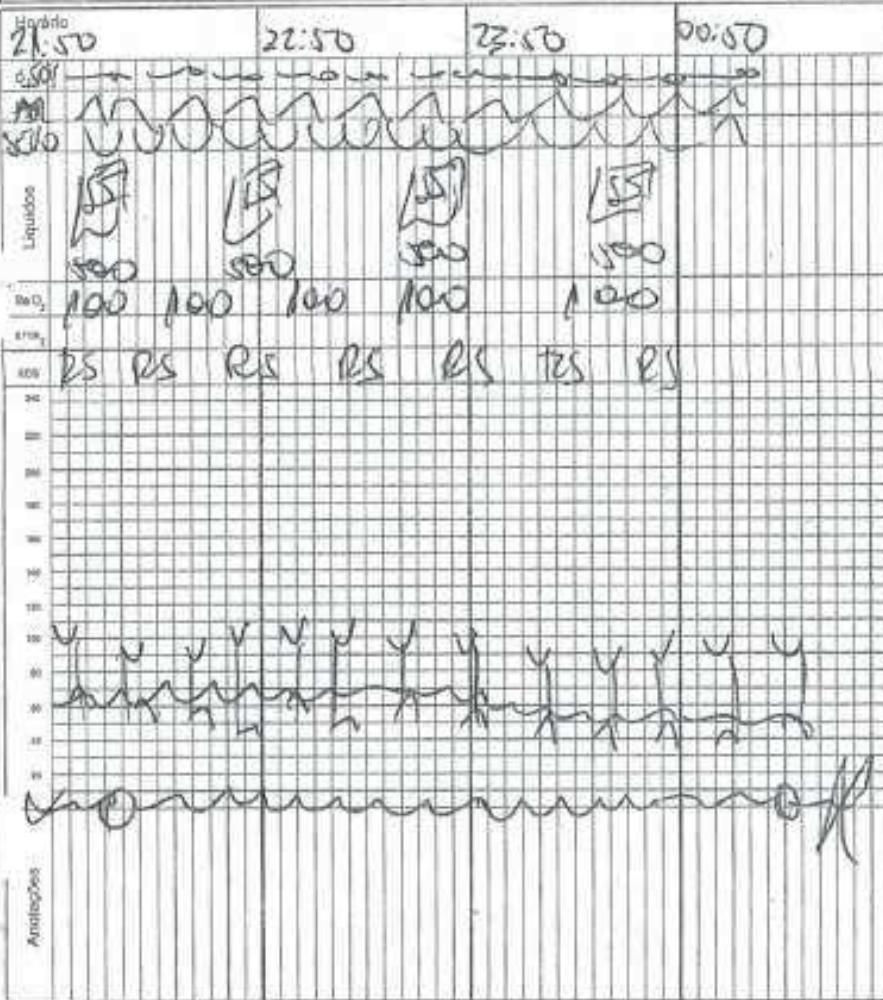
ANTONIO RODRIGO

Medicação Pré-anestésica

Urgência: Não Sim

Cirurgia

Ressecção cirúrgica e orçamento de Sistemy da mandíbula



Fármacos Usados	Quantidade
Propofol	100mg
Oxitalapia	50mg
Alcurônio	0,02mg
Isoproterenol	20
Dexmetomidina	0,01
Oxetazepam	0,05
Oxálmida	20
Atracurônio	1,5
Metocarbamol	2,5

Técnica Anestésica:
 Infusão propofol
 Oxitec 0,02 mg
 SAT: Sonda de 6,5
 C.A. 12 + 1 min
 Gástrula 0,5 ml
 FR: 12
 VT: 500 ml
 Perip: 4

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardiômetro	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Saat-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PMI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input checked="" type="checkbox"/> Sonda Venosa	<input type="checkbox"/> PVC
<input checked="" type="checkbox"/> Capnôgrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input checked="" type="checkbox"/> Etat. pH-Cordial	<input type="checkbox"/> Urna Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volantia IBP Plus

Examinado	<input type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input type="checkbox"/> SRPA
	<input type="checkbox"/> Apart. / Ent.
	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/> Exame

Intercorrência:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim
Descrever:		
Observações:		

Assinatura do Anestesista:

COD. 0152





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Claudiano M. da Silva REGISTRO: 1642573
IDADE: 37 anos SEXO: M SETOR DE PROCEDÊNCIA: Emergência Geral

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIAO: DR Lourdes ANESTESISTA: Júlio Cesar
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ENFERMEIRA: Francisca CIRCULANTE: Waldemir

2-DADOS DA CIRURGIA

CIRURGIA: Olhos INICIO: 02:00 TÉRMINO: 03:00
TIPO DE ANESTESIA: Geral INICIO: 01:30 TÉRMINO: 02:20

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVÍSSIMO () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLÉTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDIACA: _____ PULSO: _____ PA: _____
PELE: INTEGRA () LESIONADA () DIURESE: ESPONTÂNEA () SONDA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA () PERTURBAC: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLOGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: jet 15
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INICIO: 20 FINAL: 20 CONTROLE DE PERFUSO: FIO AGUJADO: INICIO: _____ FIM: _____
ANTIBIOTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAI: _____ HORA: _____ FRENCHED COTA: SIM () NÃO ()
GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INICIO: _____ FINAL: _____
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____ CONFIRMO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXIMETRO () CAPNOGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPEDO DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSEGUNIDOS SIM () NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO () NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____

CULTURA: SIM () NÃO () EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () GASOMETRIA: SIM () NÃO () RIC SIM () NÃO ()





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO
ESTADO DA

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Claudiano Montesio da Silva Nº do Registro : 1005494
 Clínica : BHF Nº do Leito :

Operador : Dr. Lourenço

1º Assistente : Dr. Valyne 2º Assistente : Dr. Matheus e Dr. ec

Instrumentador : - Anestesiista : Dr. Núñez

Anestesia : Geral Duração :

Data da Operação : 31-04-18 Início : Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura complexa de mandíbula bila teral + Fratura complexa de terço médio da face + Ferimento extenso na face

Diagnóstico Pós-Operatório : O mesmo

Operação Proposta : Redução e fixação de fratura com uso de apreensão bilateral + Redução de terço médio da face + sutura de mandíbula bila teral

Operação Realizada : O mesmo

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Prof. Lourenço Faria
Cirurgião Traumatologista
SUS/UFPEL/UFSCar
CRM/PE/SP/SC/RS



- ① - paciente no ORH
- ② - Preparo e anestesia
- ③ - Limpeza operatória
- ④ - Aferição de TOF
- ⑤ - Aplicação de escudos locais evitando vascularização
- ⑥ - Sutura da ferida vestibular mandibular bilateral
- ⑦ - Redução e fixação de fratura complexa de mandíbula bila teral com imobilização de 02 peças 2.0 em parafina e mandíbula ⑧ + 01 peça 2.0 em cinto mandibular
- ⑨ - Osteoplastia de mandíbula bila teral
- ⑩ - Redução de fratura complexa de terço médio da face com imobilização de barra de trânsito
- ⑪ - Sutura do ferimento extenso em face
- ⑫ - Sutura por plástica com uso de TOF
- ⑬ - Remoção dos escudos





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Geórgio Monteiro da Silva

SR / Mac OS

16425-3

EVOLUÇÃO CLÍNICA

03/08/2018 # SRPD *

044630

101 ③ ROI da Rádio - Foco de dentes com
fissura do mandíbula e 1/3 médio da face +
osteofíto de mandíbula lateral

• Paciente admitido hemodinamicamente instável, estabilizado, VPIE, em ventiloscop apneústico sob oxígeno ambiente. No momento em que auxílio

$$\text{Achse} + \text{Kopfteil} = 10$$

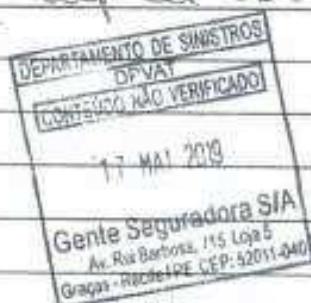
+ CD ① Acto do srpa

② Ap) Cuidado de CBMF

Dra. Marcella S. Pacheco
C.Médica
CRM-F 22832

• S P P A •

Petrie Reducible Classifications of Fracture of the Mandible, RVP 1980 et al. Redundant
Concurrent fractures upper & lower co. Satis





Evolução

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

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

DATA: 03/08/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

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, OCCLUSÃO ESTÁVEL. SUTURA INTRA-ORAL REFERENTE A ACESSO CIRÚRGICO 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
Assistente em Cirurgia
Assessoria Bucal Maxilo Facial
CRM-SP 12.621





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1642573

SEXO: Masculino

DATA NASC: 18/01/1981

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

ATENDIMENTO: 1006835

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 TORNозELO DIREITO + DOR EM PELVE, INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA FECHADA DE TNZ DIREITO. O EXAME: MELHORA DA DOR E DIMINUIÇÃO DO EDEMA EM TORNозELO. PACIENTE JÁ DEAMBULA SEM QUEIXAS. CHECO NOVAS RADIOGRAFIAS QUE DESCARTAM FRATURAS DE BACIA E TORNозELO DIREITO.

ADM PRESERVADA. NEUROVASCULAR PRESERVADO.

CD: ANALGESIA/ ALTA DA ORTOPEDIA/ ACOMPANHAMENTO COM CBMF

[Handwritten signature]
JULIANA CAIPIRINA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES
2º TEN. MÉDICO
CRM-PB 10064
171.976516723-E



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160511500000055065555>

Número do documento: 19122715160511500000055065555

Num. 55971169 - Pág. 15



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1642573

SEXO: Masculino

DATA NASC: 18/01/1981

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

ATENDIMENTO: 1006835

Lote 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 TORNозELO DIREITO + DOR EM PELVE, INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA FECHADA DE TNZ DIREITO. O EXAME: MELHORA DA DOR E DIMINUIÇÃO DO EDEMA EM TORNозELO. PACIENTE JÁ DEAMBULA SEM QUEIXAS. CHECO NOVAS RADIOGRAFIAS QUE DESCARTAM FRATURAS DE BACIA E TORNозELO DIREITO.

ADM PRESERVADA, NEUROVASCULAR PRESERVADO.

CD: ANALGESIA/ ALTA DA ORTOPEDIA/ ACOMPANHAMENTO COMICBMF

Flávia Carrasco de Lacerda
7º TEN. MÉDICO
CRM-PB 10964
1071070513727-0



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160511500000055065555>

Número do documento: 19122715160511500000055065555

Num. 55971169 - Pág. 16



Evolução

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

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

DATA: 03/08/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

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, OCCLUSÃO ESTÁVEL. SUTURA INTRA-ORAL REFERENTE A ACESSO CIRÚRGICO 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

Jr. Rosa Lins
Assidente em Chirurgia
Traumatologia Buco Maxilo Facial
03/08/2018





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

062157308

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1005797/2018.

NOME: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA.

Foi atendido às 16h49 do dia 31.07.2018.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 FEVEREIRO 2019

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

Diagnóstico provável: - Fratura de maxila direita
- CONPO MANDIBULAR DIREITO E Perna Sacrafe DIREITA
- Fratura complexa da mandíbula bilateral
- Fraturado extenso em face

(ACIDENTE DE TRABALHO)

- CONTUSÃO + ESCAMAGEM DE TURNOZOLO DIREITO

Tratamento realizado: TAC DE DR. CLAUDIO E COLUNAS CERVICAS
TAC DE FACE

CIRURGIA DA FRATURA DE MANDÍBULA
BILATERAL + Sutura Fixo-Nato +
OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA
ANALGÉSICO + PARACETAMOL

Obs. Além hospitalar em 04-08-2018
09:00

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

Cópia de Prontuário Médico em 25-01-2019

ES - Hospital da Restauração

Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico da SAME
CRM: 1033

1533

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572





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: 18/01/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/08/2018 Às	DATA DA ALTA: 03/08/2018 ÀS 09:46

Diagnóstico Provável:

CONTUSÃO + ESCORIÇÕES DE TORNOZELO DIREITO

Tratamento Realizado:

ANALGESIA + 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 à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tje.pj.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160511500000055065555>
Número do documento: 19122715160511500000055065555

Num. 55971169 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160511500000055065555>
Número do documento: 19122715160511500000055065555

Num. 55971169 - Pág. 20



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Ajustamento: 1005497

Nome: Cláudia Moutinho de Sá

Foi atendido às 16:49 hs. do dia 31/07/17

Diagnóstico Próvel: Paciente intenso de acidente ictérico curvado com dor de maxila ① e corpo mandibular ② e paramaxila ③

EP Ser. 9 & Ser. 6

* Necesita de 30 días de trabajo

Treatment Realized: **Limpieza periodontal dia 31/07/13**
por Dr. Mauricio, Dr. Matheus,
e Dr. Lucas por acne vestibular mandibular
e estetica para sintose de 2 pla-
cas 20mm em maxilla \oplus e os pla-
cas 20mm em corpo mandibular \oplus
+ sintese de 2 placas 10mm em
maxilla \oplus

Observação: + Ritorar ao gabinete Gugl do HUC, quinto-fino às 13:00h - S. I.

Cópia de: Ritirar as ambulâncias HR/BMF, dir.
Dr. Rosalino

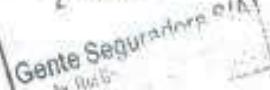
Alta BMF Dr. Rose Lima HR/BMF, dia
04/09/17 Residência em Família 09/09/18 para
Transtorno do Desenvolvimento

ACETO ENXOFRE
ATENÇÃO - ~~CRM N°~~ Reunión Bona
de F... - S...ma

ATENÇÃO: Este documento destina-se à observação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Poderes, Ministério do Trabalho; Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo o recebimento do Ofício nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

21 NOV 2001

Cód. 0157





Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 15:16:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715160511500000055065555>
Número do documento: 19122715160511500000055065555

Num. 55971169 - Pág. 22



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

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

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

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

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: **1º. 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**

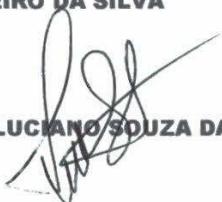
Complemento / Observação

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 RAIO 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**





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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329256

Vítima: CLAUDIO MONTEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALTON INACIO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIO 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: CLAUDIO 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306</p