

HOSPITAL G. JULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora recebida da senha: 13/02/2018 22:04

Nome Paciente:	CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	22/11/2002
Sexo:	Masculino
Idade:	15
Senha:	E0032
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 13/02/2018 22:04 - 13/02/2018 22:05

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: VERMELHO - EMERGÊNCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE PAF. PAI REFERE QUE MENOR ESTAVA COM COLEGA EM MOTO, SOFREU TENTATIVA DE ASSALTO, APRESENTANDO PERFURAÇÕES POR PAF EM CORPO.

Observação: NEGA ALERGIA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: CORPO ESTRANHO

Discriminador(es): - HEMORRAGIA EXANGÜINANTE?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

ARUANA SEGUROS

03 JUL 2018

14/02/18 507 - vítima de queda de moto c/
08:00 dor em ombro direito. Nega alergias

À exame: Dor à elevação e abdução do
ombro D. Neurovascular preservada.

Rx: Sugestivo de LAC grau III.

cd: Internamento pl tra cir-
eletiva.

Dr. Tercio Vasconcelos
MÉDICO
CRM PR 2226 CRM PC 24743
25439.



Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/02/2018 22:05



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Carlos Eduardo da Silva Oliveira

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

13/07/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, AGUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

ARUANA SEGUROS

03 JUL 2018

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com todas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Dr. Cirqueira
Enfermeira
CREA 012 77

Avenida Getúlio Sar. Martin alm - Cordeiro
Recife/PE - CEP 60.000-000
Fone: (0XX) 31946800



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

1. Ocorrência da Emergência: 543246

1.1 - Atendimentos em: 13/02/18

1.2 - Às 22 horas e 14 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 903176

2.1 - Internado em: 13/02/18

2.2 - Alta em: 17/02/18

3. Hipótese Diagnóstica: 1) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA E AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA.

2) TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 14.3.2018

HORA: 13:09:26

PASTA: 01.03.2018

JGAS

RS

Jéssica Guldo de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guldo.

ARUANA SEGUROS
11 ABR 2018

Nº DA MÃE: <u>6</u>		CARTÃO SUS:	
NOME: <u>os Eduardo da Silva</u>			
CLÍNICA: <u>2. a. geral</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>903176</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>22/11/2002</u>	IDADE: <u>15 anos</u>	PESO:	ALTURA: SEXO: ☐ F. ☒ M.
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>luxação antero-clavicular à d.</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>artroscopia</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>13.02.18</u>		DATA DA ALTA: <u>14.02.18</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0308010019</u>		CID: <u>5431</u>	
		CARIMBO/RECEIÇÃO/FATURAMENTO <u>Fernando Medeiros</u> CRM: 8541	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐	
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐	
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)			
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS			
MEDIÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>transf.</u>			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA		ÓBITO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:	
☐ OUTROS:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: _____		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	

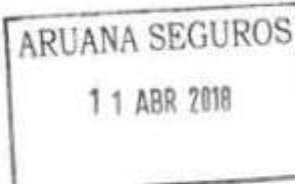
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**, prontuário nº **112.2572**, admitido neste hospital em 17/02/2018 com diagnóstico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/02/2018.

Recife, 09 de Março de 2018.


Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen <i>para, dor, dor, dor, dor, dor.</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>0 Apêndice agudo</i>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <i>or 10/11/18 hemograma e urina de 10/11/18 e urina de 10/11/18</i>	Código Procedimento: <i>Norton Nunes</i>
Treatmento / Procedimentos: <i>10/11/18 - 10/11/18</i>	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo: <i>to 10/11/18</i>	Código Procedimento: <i>10/11/18</i>
Evolução de Enfermagem: <i>5 F 1000 750 1000 - 565/1000 025</i>	Ass. Médico + Carimbo
Diag. Definitivo: <i>10/11/18</i>	Ass. Enfermeira + Carimbo
Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	Assist. Social
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 13/02/2018 22:14 h SEPHORAFT	Impressão: 13/02/2018 22:14 h SEPHORAFT

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

Médico

Norton Nunes
Médico
CRM: 21773

*22/11/18 Relato de 10/11/18 e 10/11/18
de projeto em imagens. Para relato de
10/11/18 e 10/11/18 10/11/18 10/11/18
CV: 1. Atm da cirurgia geral
2. Atm da cirurgia 10/11/18 de ortopedia*



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

Data Nasc.: 22/11/2002

Idade: 15

Sexo: MASCULINO

CPE:

RG:

Cor:

CNS: 898003440166785

Endereço: RUA ANTONIO CAMILO

Bairro: ARIEIRO

Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54756700

Fone: 87036776

Profissão:

Nº: 578

Estado: PE

Nome da Mãe: SANDRA LUCIA DA SILVA

Acompanhante: EDUARDO DE OLIVEIRA (PAI)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: CADASTRO AUTORIZADO PELA ENFERMEIRA CHEFE CRISTIANE (TRIAGEM) PACIENTE QUEIXA-SE DE FERIMENTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 13/02/2018 HORA 22:14 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

*paciente vítima de agressão por soco e soco 153 dias atrás
sem dor de dente. Não ferimentos no corpo.*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório

M.O. - ARV 5/12A Fm = 36m SpO2 = 98% -

C: Circulatório PA: x mm Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

G = 25.

ORTO pedi





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)

Data: 20/02/2018 / 11:08 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 17/02/2018 21:48 Data da alta: 21/02/2018 14:52

Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Luxação
Acrômio Clavicular Direita. CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Luxação Acrômio
Clavicular Direita + Neurólise + Retração Muscular + Tenotomia
CÓDIGO: 0408010185 / 0403020077 / 0408060670 / 0408060468

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

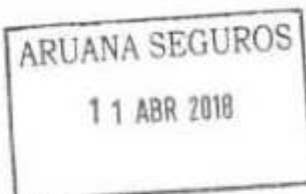
RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico há 04 dias, resultando Fratura
Luxação Acrômio Clavicular Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 22/02/2018 07:53:19.



Azarias Salgado
Assinado digitalmente
22/02/2018

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
22/02/2018



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)

Data: 20/02/2018 / 11:08 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 17/02/2018 21:48 Data da alta: 21/02/2018 14:52

Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita. CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

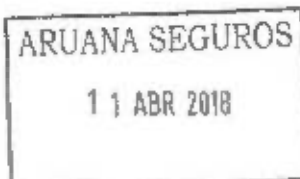
Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO, CRM: 6218. Data e Hora: 22/02/2018 07:53:19.

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
22/02/2018

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
22/02/2018





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)

Data: 20/02/2018 / 14:45 Convênio:

RETAGUARDA GETULIO

Intervalo: 3

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acromioclavicular DIREITA

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acromioclavicular DIREITA

Cirurgia: -Neurólise + Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular + Tratamento cirurgico de retração muscular + Tenotomia

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr

Anestesista: Mauro

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em tipo "golpe de sabre" do ombro direito. Liberação e tratamento de retração muscular. Dissecção por planos e hemostasia. Tenotomia de trapézio e pectoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 02 fios ethibond em 01 âncora fixa na base de processo coracóide, e fixação de articulação acromioclavicular com 02 fios de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenotomia de músculo pectoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

Recife, 20/02/2018-14:45

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 20/02/2018 14:47:27.

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Clínica de Ortopedia e Colapso
CRM-PE 16.658 / TETO 11.551

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)

Data: 20/02/2018 / 14:45 Convênio:

RETAGUARDA GETULIO

Intervalo: 3

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 20/02/2018 14:47:27.

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Clín. Ortop. e Colapato
CRM-PE: 16.658 / TQOT 12551

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, e necessitou permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 120 dias, a partir de 17/07/18. Paciente no momento apresenta rigidez de ombro direito.

CID: 5431/ M256

Recife, 07/08/2018

Dr. Osvaldo José Macedo Coimbra Jr.
CRM: 16658

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658



*Identificação da
Vítima*



República Federativa do Brasil

ESTADO DE PERNAMBUCO

Registro Civil das Pessoas Naturais

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) Av. Caxangá, 3.489 - Ipubinga Recife - PE Título João Bosco Vasconcelos 1º Substituto VALOR SOMENTE COM SELO DE FISCALIZAÇÃO

RECIFE

Maria da Glória Vasconcelos

João Bosco Vasconcelos

Judiciário - Várzea, da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, em
virtude da Lei etc

NASCIMENTO nº 87444

Certifico que as fls. 131, do livro nº A-81 de
assentamentos de nascimento, foi feito hoje o registro de:

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

do sexo masculino, nascido em Hospital Barão de Lucena,
Recife - PE, no dia vinte e dois de novembro de dois mil e
dois, às 15:56 horas.

O registrado é filho

da EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA
natural de São Gonçalo (RJ)
e da SANDRA LUCIA DA SILVA
natural de São Lourenço da Mata (PE)

sendo avós

paternos EVERALDO COELHO DA SILVA
e LINDALVA DE OLIVEIRA SILVA
e maternos JOSÉ DANTAS DA SILVA
e MARIA BARBOSA DE LIMA

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

Foi declarante o pai.

OBSERVAÇÕES: "Ato gratuito" (Art. 49 da Resolução 131/99
- TJPE)

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 27 de novembro de 2002

Maria da Glória Vasconcelos
Oficial

Recife - PE
Várzea - Ipubinga
Título



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
715.009.004-43

Nome
CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

Nascimento
22/11/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 16:29:20 do dia 09/02/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



CÓDIGO DE CONTROLE
4B64.3FEA.9D6B.D779

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CANTINA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

CCG IDENTIDADE - CRO BRASCTUR
 4418511 887 PE

CPF
 802.178.184-04

DATA NASCIMENTO
 18/10/1975

FUNÇÃO
 EVERALDO COELHO DA
 SILVA
 LINDALVA DE OLIVEIRA
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT HAB
 AD

N° REGISTRO
 01672647832

VALIDADE
 07/01/2019

HABILITAÇÃO
 04/10/2000

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

Eduardo de Oliveira Silva

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 15/01/2016

17865233614
 PE070693154

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VALISA EM TUDO
 B HABILITAÇÃO NACIONAL
 1219853324

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1219853324

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 013127295951
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 459115823 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2017

NOME

EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

CAMARAGIBE PE

CPF / CNPJ 802.178.184-04 PLACA FEU8568

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9CZJC4110CR545481

ESPÉCIE TIPO

FAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB.

2012

ANO MOD.

2012

CAP. / POT. / CIL.

25/123CL.

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

REND. COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

IPVA 2017 QUITADO

1° *****

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2° *****

3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

CARTÃO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDE PARA TRANSFERENCIA

CAMARAGIBE

DATA

30/01/17

Charles Andrews Sousa Ribalzo

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013127295951 BILHETE DE SEGURO DPVAT
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA
RUA ANTONIO CAMILO 578 54762-450
CENTRO CAMARAGIBE-PE

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

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2017

30/01/17

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

802.178.184-04

FEU8568

RENAVAM

MARCA / MODELO

459115823

HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB.

2012

DE DEF.

09

Nº CHASSI

9CZJC4110CR545481

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL (R\$) DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGUROS

7 1 ABR 2018

ASU: 023 8234/18 n: 318030463

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 13-02-18 CRI DA VITIMA 715.009.004-43
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO SEGURADO COM
 A VITIMA ☒ ☐
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA A BAIRRO VARZEA
 CIDADE RECIFE PE CEP 50970-230
 E-MAIL FERNANDABRANDAO2013@GMAIL.COM TELEFONE 81 99553-9404

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ ATTESTADO DE INCAPACIDADE DA VITIMA OU CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DO TRABALHADOR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE: R\$ 15.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE: ATÉ R\$ 15.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74.
 - GASTOS MÉDICOS (DAMS): REFEREM-SE ATÉ R\$ 7.000,00 (SETE MILHARES) POR ANO. ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE GASTOS COMPROVADOS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PEDIMOS SE SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES COMO OS LISTADOS NESTE INSTRUMENTO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SECUTODOTRANSPORTE.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 400 022 3104.

VITIMAS DO ACIDENTE: 13/04/18
 DATA: 13/04/18
 ENDEREÇO: 614195-205 PE
 ASSINATURA: [Assinatura]

ARUANA SEGUROS
 DATA: 13/04/18
 ASSINATURA: [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180304653 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180304653**

Vitima: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180304653**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13072880



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180304653**

Vitima: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180304653**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 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: 715.009.004-43 Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>802.778.184-04</u>	Profissão <u>RECURSA</u>
Endereço <u>RUA: ANTONIO CAMILO</u>		Número <u>578</u>	Complemento <u>CASA</u>
Barrio <u>AREIRO</u>	Cidade <u>CAMARAGIBE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54.762-450</u>
Email <u>fernandabruno2013@gmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>(81)98552-9424</u>	

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

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3017 D/V 0 CONTA NRO. 31068 D/V 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Camaraçibe de 05 de 05 de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

(Assinatura)

Carlos Eduardo de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 27/03/2018

>> NAO HA LANCAMENTOS PARA O PERIODO

| EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3017 CAMARAGIBE

OPER: 013 CONTA: 71.068-0

PERIODO: 01032018 ATE: 27032018

CPF: 802.178.184-04

NOME: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	------------------	---------	-----------	-----------

SALDO EM 26/03/2018 R\$ 0,00

F1 AJUDA

F4 SALDO POR DATA LIMITE

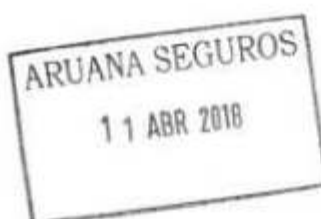
F7 VOLTAR PAG.

F3 RETORNAR

F6 EXTRATO ANTERIOR

F8 AVANCAR PAG.

F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127001871**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/03/2018** às **18:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/2/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 1 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE)
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (NOTICIANTE)
CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (VITIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

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

EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LINDALVA DSE OLIVEIRA SILVA Data de Nascimento: **18/10/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO CAMILO, 578 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: **22/11/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a) **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU8566** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9CJJJC4110CR545481**



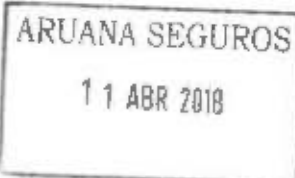
Complemento / Observação

INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA QUANDO SOFREU UMA TENTATIVA DE ASSALTO E NA FUGA DESEQUILIBROU-SE DA MOTO E CAIU, SOFRENDOS APENAS ESCORIAÇÕES, MAS SEU FILHO (CARLOS EDUARDO) QUE VIAJANA DE CARONA, SOFREU FRATURAS SENDO CONDUZIDO PELO PROPRIO QUEIXOSO AO HGV CONFORME ATENDIMENTO 543246 DATADO DE 13/02/2018, ONDE CITA TODOS OS PROCEDIMEWNTOS MEDICOS.

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

Eduardo de Oliveira Silva
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **3811085**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180304653 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

CPF da Vítima

715.009.004-43

Data do Acidente

13-02-18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF do Representante legal

802-172-184-04

Email

FERNANDESSO2013@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

(81) 98552-9424

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 90 (noventa) 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Campanha de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL GUSTAVO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 13/02/2018 22:04

Nome Paciente:	CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	22/11/2002
Sexo:	Masculino
Idade:	15
Senha:	E0032
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 13/02/2018 22:04 - 13/02/2018 22:05

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: VERMELHO - EMERGÊNCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE PAF. PAI REFERE QUE MENOR ESTAVA COM COLEGA EM MOTO, SOFREU TENTATIVA DE ASSALTO, APRESENTANDO PERFURAÇÕES POR PAF EM CORPO.

Observação: NEGA ALERGIA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: CORPO ESTRANHO

Discriminador(es): - HEMORRAGIA EXANGÜINANTE?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

14/02/18 EOT - vítima de queda de moto c/
08:00 dor em ombro direito. Nega alergias

to exame: Dor à elevação e abdução do
ombro (D). Neurovascular preservado.

Rx: Sugestivo de LAC grau III.

cd. d. Internamento p/ tta cir.
eletiva.

Dr. Tarcio Vasconcelos
MÉDICO
CRM PB 25439 CRM RJ 24243

ARUANA SEGUROS
11 ABR 2018



Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/02/2018 22:05



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Carlos Eduardo da Silva Oliveira

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

13/02/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SEDAÇÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

ARQUIVADO
11 ABR 2018

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

2 NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Dr. Daniel L. Nogueira
Enfermeira
COREN 162.747

Av. Antônio Manoel, 200 - J. Martin - J. J. - Recife/PE - CEP 50.000-000
Fones: (0800) 21146600

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: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000071068-0

Nr. da Autenticação B488797C6AD875B0

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DAS ROSAS - NUM - 00020 - BAIRRO NOVO CIMA
HAGIBE PE 54750-000

DADOS DO CLIENTE EVERALDO COELHO DA SILVA R ANTONIO CAMILO, N. 00578 - - ALEEIRO CAMARAGIBE PE 54762-45 0 INSCRICAO: 766.125.455.0145.000 GR IPO: 16 DEB. AUTOMATICO: 0/5053193		MATRICULA: 75053193 Fev/2018																									
SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL 1																								
HIDROMETRO A100041178	DATA LEIT. ANTERIOR 09/02/2018	DATA LEIT. ATUAL 12/03/2018	TIPO DE CONSUMO (AVE) MEDIA HD																								
AGUA: LEIT ANT: 360 CONSUMO: 3 LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA 4 LEIT FAT: 370																											
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO																											
01/2018 03 12/2017 02 11/2017 04 10/2017 04 09/2017 02 08/2017 04 MEDIA: 03		NUMERO DE AMOSTRAS <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARAMETRO</th> <th>EXIG. PORT. MS 2 914/11</th> <th>ANALISES REALIZ.</th> <th>ATENDEN A LEGIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>COR APARENT.</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>COLOR RESIDUAL</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>COEF. TOTAL S</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>COEF.</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> </tbody> </table>		PARAMETRO	EXIG. PORT. MS 2 914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS	TURBIDEZ	73	73	73	COR APARENT.	73	73	70	COLOR RESIDUAL	73	73	73	COEF. TOTAL S	73	73	73	COEF.	73	73	73
PARAMETRO	EXIG. PORT. MS 2 914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS																								
TURBIDEZ	73	73	73																								
COR APARENT.	73	73	70																								
COLOR RESIDUAL	73	73	73																								
COEF. TOTAL S	73	73	73																								
COEF.	73	73	73																								
Qualidade de Agua: www.compsa.com.br																											
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA																											
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)																								
AGUA																											
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																											
CONSUMO DE AGUA		3 M3	8,40																								
VALOR DO IMPOSTO																											
PS CONSUMO		1,65 7,60	0,14 0,64																								

VENCIMENTO: 25/03/2018

TOTAL A PAGAR: 8.40

WENSA GEN:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2011, EXCETO SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL.

ARUANA SEGUROS

11 APR 2018

CAIXA
seguradora

Centros da Caixa Seguradora

Serviços e Relacionamento
3004 4000 Caixa Seguradora e Seguros em todo o Brasil
0800 702 4000 Serviço Especial
Assistência Dia & Noite e Sábados
0800 722 2492
Atendimento para Argentina, Paraguai,
Uruguai e Chile
+55 11 4934 8907

Ouvintes
0800 722 2492
SAC: sugestões, dúvidas,
reclamações e cancelamentos
0800 702 4280
CAS: Central de Atendimento ao Cliente
0800 702 4260

 caixaseguradora.com.br
 [/CaixaSeguradora](https://www.facebook.com/caixaseguradora)
 [@CaixaSeguradora](https://twitter.com/CaixaSeguradora)

CAIXA

Caixa Seguradora
Devolução Eletrônica - CEDO
SHN Quadra 1 Bloco E
Ed. Sede Caixa Seguradora
CEP 70701-050 - Brasília - DF



Correios
R\$01,85

05 04.18 - 10:55



CTC RECIFE PE PL1

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233
VARZEA
50970-230 - RECIFE - PE



7299*2228926106001100010330030418

PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ MALOU-SE
- ☐ DESCONHECIDO
- ☐ REUSADO
- ☐ FALSO
- ☐ AUSENTE
- ☐ NÃO PROCURADO
- ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
- ☐ CEP
- ☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO
- ☐ INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS PELO
PORTAL DO SÍNDICO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL
EM _____
RESPONSIVEL _____
DIA _____

 **CARBON FREE**

A emissão de carbono gerada na produção deste material é
compensada por meio do projeto de reflorestamento da Mata Atlântica



MISTO
Papel produzido a partir de fontes sustentáveis
FSC® C002685

LIANA SEGUROS
03 JUL 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 715.009.004 / 43, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDES da Vítima CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 715.009.004 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA: CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS		233	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
VARZEA	RECIFE	PE	50.970-230
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
FERNANDA BRANDAO2013@GMAIL.COM	(81) 98552 9424		(81) 99472 7853

felix 05 de maio de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018