



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu ANGÉLICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA,  
RG nº 7011168, data de expedição 22/03/2016  
Órgão SDS portador do CPF nº 072.236.524-48, com  
domicílio na cidade de RECIFE no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA OITENTA E QUINTA nº 61,  
complemento \_\_\_\_\_ declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ROZENILDO LIMA 78 LIMA cujo o condutor era  
ROZENILDO LIMA 78 LIMA

Veículo MOTOCICLETA  
Modelo HONDA CG 150 START  
Ano 2015  
Placa PDHS5053  
Chassi 9C2KC1670FR508035  
Data do Acidente 09/03/2017  
Local e Data Paulista 30/03/2017

05 802 494/0001-4,  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 GL C  
Bua Vista CEP 50.060-010  
RECIFE PE

Angélica Ferreira de Araújo Lima  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO PIAIA DA CONCEIÇÃO  
Recomendo por AUTENTICIDADE e firma indecisa de  
ANGÉLICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA  
que confesse c/ o padrinho seg. hasta serventia Sou fa  
AULISTA 30 de Janeiro de 2017 10:49 AM  
Em testamento  
Dominio Rz. Ho. 39 Ban \*\* (3 Substituta)  
Total R\$ 3.49 Total R\$ 4.64  
Valido acento cor e selo 0071445 EXH0120 T01 02816

Data do Atendimento 09/01/2017 Hora 11:42:28 PRONTUARIO 141000  
 No Atendimento 974445 Colaborador CARLALIMA  
 Setor / Serviço CONSULTORIO MEDICO

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA Sexo M  
 Data de Nascimento 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses e 23 Dias C 505816  
 País ou responsáveis ELZANIRA LEAO DE LIMA  
 Endereço AVENIDA NORTE 22 CASA AMARELA 52280680  
 Cidade RECIFE Tel 81 32691551  
 Hora do Atendimento 1 Hs Peso 65 Temperatura 36,5

QPD / HDA *Doi e na reabilitação*  
*esquema agor claudicante*  
*dois niplants*

05 802 494/0001  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

EXAME FISICO \_\_\_\_\_

07 ABR 2017

Rua da Aurora nº 175 51 902 64  
 Boa Vista CEP 50 060-010  
 RECIFE

DIAGNOSTICO *① Fratura tibial proximal*  
*② Fratura fibular distal*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO *Exame de RX*  
*Colocar férula*  
*Aplicar gaze*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA *Suspeita de*

*Exames:*

\*Destino do Paciente ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Até a Paciente ( ) A es. eco Dia

Transferência para outra Unidade ( ) Óbito ( ) Outro

\*Condição de Saúde do Paciente  Melhorado ( ) Inalterado ( ) Piorado

Vadco - Caixa e Assinatura



## EXAME NEUROLOGICO

Avaliação Primária Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estíulo Doloroso ( ) Presente ( )

## Escala de Coma de Glasgow (ECG)

## ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea ( )

RESPOSTA A ECO -

RESPOSTA A ECO -

Abertura Ocular à Voz ( )

Orientado ( )

Resposta à voz ( )

Abertura Ocular à dor ( )

Consciente ( )

Resposta à dor ( )

Sem abertura ocular ( )

Resposta retardada ( )

Resposta lenta ( )

Sensibilidade à dor ( )

Dor evitada ( )

Sentimentos alterados ( )

Desorientação ( )

Sentimentos alterados ( )

Sentimento de fome ( )

## TOTAL DE PONTOS ECG

Sinais de distinção cerebral Definitivo ( ) Desconhecido ( )

Gestão da ECO e ECG

Dificuldade na fala ( )

ECG e ECO alta ( )

Avaliação Pupilar Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) classe ( )

ECG e ECO baixa ( )

ECG e ECO baixa ( )

ECG e ECO baixa ( )

Presença de sangramento extremo S( ) N( )

VIT-RBC: 2.420

Lesões intra-Torácica S( ) N( ) Fratura Peito S( ) N( )

Lesões Intra-abdominais S( ) N( ) Fratura em Cerv. Lombar Fractura

Usou álcool S( ) N( ) Injetante vinda ( ) Cigarro ( )

USO DE ALCOOL: ECO, ECG, ECG

Habito Alcoólico ( ) Alteração na Mente ( ) Sonolência/Alucinação ( )

Usou outras drogas S( ) N( ) Injetante vinda ( ) Cigarro ( )

Lolo ( ) Maconha ( ) Cole ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lengua-de-lata ( )

Classe ( ) Emissões ( )

## COMBUSTÍVEL DA ECO E ECG

Imobilização da Coluna Cervical S( ) N( )

Ponto Fixação Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada S( ) N( )

Fixo S( ) N( ) classe: B

Antibioticoterapia S( ) N( ) Específica ( )

Medicação Fármaco: S( ) N( ) Específico ( )

Oxigêniooterapia Cateter ( ) Ver ( ) CPAP ( )

Oxigenio Fármaco: S( ) N( )

Aspiração de Sangue e ou secreções S( ) N( )

Cirurgia: S( ) N( )

Estabilização Ortopédica S( ) N( )

Estabilização:

Ventilação Mecânica Modificada

ECO

NOTA: S. S. TRAUMA-TRÂMICO

Necrose

Hospital para onde é encaminhado

Médico Regulador

Transferência com acompanhamento médico S( ) N( )

Realizado

Locais de corte

S. S. TRAUMA-TRÂMICO



SES

## HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

## RESUMO DE ALTA

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA

Reg 1020368

Enf 09

Leito 02

DATA DE ENTRADA 09/01/2016 , DATA DE SAIDA 16/01/2017

## DIAGNOSTICO DE ENTRADA

LUXAÇÃO RADIOCARPICA

## DIAGNOSTICO FINAL

O MESMO

## EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA)

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO RADIOCARPICA. EVOLUI SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS NA ENFERMARIA. RECEBENDO ALTA EM BOM ESTADO GERAL. RECEBE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL RETORNAR EM 15 DIAS AO AMBULATÓRIO DE MAO.

DEVERA COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE MAO

PARA CONTROLE EM 15 DIAS

*Dr Ailton Case Neto*  
Otopedia e Traumatologia  
CRM PE 13979  
MEDICO RESPONSAVEL CRM



\*\*SES/FUSAM\*\*

## HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

## MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA AMBULATORIO

NOME DO PACIENTE ROZENILDO LEAO DE LIMA

PRONTUARIO Nº 1020368 ALTA HOSPITALAR EM 16/01/2017

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE MAO EM 15 DIAS  
*, 002 494/0001-41*  
 MEDICO MAO TRAÇÃO CORRETORA  
*PR SEGUROS LTDA*

## MOTIVO ACOMPANHAMENTO

07 ABR 2017

RECIFE, 16/01/2017

*Dr Ailton Case Neto*  
Otopedia e Traumatologia  
CRM PE 13979 CARIMBO

Via 03 Aurora Nº 175, 5º 902 BL C  
Pra Vista CEP 50.060-010

RECIFE PE  
VISTO - CHEFIA DO AMBULATORIO

## OBS:

- A ESTE FORMULARIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS
- B TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE
- C SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)



**SES**  
**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**

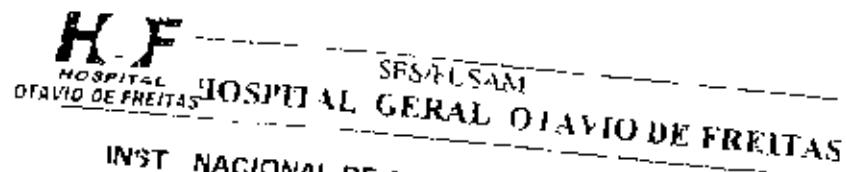
**REGISTRO N°**

DATA / /

**DADOS CADASTRAIS**

|                                    |                            |                       |
|------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| NOME                               |                            | Prontuário            |
| HOF                                | HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS |                       |
| CNS                                | 700209488541124            | <b>1020368</b>        |
| Nome <b>ROZENILDO LEAO DE LIMA</b> |                            |                       |
| Nasc                               | 17/08/1982                 | Sexo MASCULINO        |
| Mãe                                | ELZANIRA LAEO DE LIMA      |                       |
| End                                | RUA UNIAO DA VITORIA       |                       |
| Nº 67                              | Bairro ALTO JOSE DO PINHO  |                       |
| CEP                                | 52210340                   | Telefone 558132691551 |

| VACINAS | ANTI-POLIOMIELITE | DPT | BCG | ANTI-SARAMPO | TT | OUTRAS |
|---------|-------------------|-----|-----|--------------|----|--------|
|         | 1 <sup>a</sup>    |     |     |              |    |        |
|         | 2 <sup>a</sup>    |     |     |              |    |        |
|         | 3 <sup>a</sup>    |     |     |              |    |        |
|         | R                 |     |     |              |    |        |
|         |                   |     |     |              |    |        |



INST NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Pedro Lira de Melo

portador da Carteira Profissional n° \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_\_  
necessita de \_\_\_\_\_ dias de afastamento

do trabalho a partir desta data por motivo de doença

c) Diagnóstico \_\_\_\_\_

d) Tratamento \_\_\_\_\_

Deverá retomar ao Ambulatório de \_\_\_\_\_  
Com 12 dias (marcação preferencial na fila, no dia anterior)

**HOSPITAL/AMBULATÓRIO**

**LOCALIDADE/DATA**

Dr. Ailton Gase Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 23879

Ass. do Médico - CRM N.º

**NOTA** ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86º  
DO RGPS APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO  
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SES

## HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

|   |  |
|---|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                     | 1 <sup>a</sup> VIA FARMACIA<br>2 <sup>a</sup> VIA PACIENTE                 |
| NOME COMPLETO<br>CRM-PE<br>DATA 16/01/2017                    | <i>Dr. Airton Casé Neto<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM PE 23979</i> |
| PACIENTE ROZENILDO LEAO DE LIMA                               |  |
| ENDERECO  |  |
| TRAMAL 100 MG -----01 CAIXA<br>01 DE 8/8H SE DOR MUITO FORTE  |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR                                    | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR  |
| NOME _____<br>IDENTIDADE _____ ORG EMISSOR _____<br>END _____ |  |
| CIDADE _____<br>FONE _____ UF _____                           | ASSINATURA DO FARMACEUTICO<br>DATA ____/____/____                          |



SES

## HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

## RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAME

|   |                  |
|---|------------------|
| Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA   | Registro 1020368 |
| Clinica ORTOPEDIA   | Procedência      |
| <u>USO ORAL</u>   |                  |
| 2) DIPIRONA 1000MG -----01 CAIXA<br>TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR                     |                  |
| Data 16/01/2017   |                  |
| <i>Dr. Airton Casé Neto<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM PE 23979</i><br><i>Medico CRM</i> |                  |



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA**

✓ 6500 P6  
23/03/14

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

---

Atendimento: 604658

Prontuário 1020368

www.ROZENII.DU.LEOQ.RU/LIMA

Ita Nasc 17/08/1982 Idade 34 Sexo MASCULINO Cor PARDA Religião  
RG 5658A53 S 6017 CNS 700209488541124

Endereço RUA UNIAO DA VITORIA Nº 67  
Bairro ALTO JOSE DO PINHO Cidade RECIFE Estado PE

**CPF** 52210340-000 **Fone** 558132691551 **Celular**  
**Corporante** **Profissão**

Comparação  
entre os

**Me da Rua Ezequiel Barão de Lima**

## The *as* Conjugation

**Clínica ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

- ATENDIMENTO - Data 09/01/2017 15:51

Leixa Principal / HDA

## **✓ Celular Profissão**

- ATENDIMENTO - Data 09/01/2017 15:51 - - - Medico MEDICO DE ATENDIMENTO  
- saída Principal / HDA Dr. Jose M. SANTOS  
Traumatologista CRM 8500 SBOT 0000

Até final de mês e feriado em junho "

Name Físico: Ena C/ Sh PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_  
Nome Físico: Ena C/ Sh

ag Provisório

CNS 700209488541124 Atendimento 604658  
Paciente 1020368 ROZENILDO LEAO DE LIMA  
Nasc 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses Sexo MASCULINO  
Mãe ELZANIRA LACIO DF LIMA  
End RUA UNIAO DA VITORIA 57 TO JOSE DO PINHO - RECIFE  
Teléfono 2691-1100

DE LEITO

NOME DO PA  
PRONTUÁRIO  
SETOR \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÕES

Acompanhante

Nome da Mãe: ELZANIRA LAEO DE LIMA

**Nome do Nasc. E.C.**

Clinica ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

## **2 - ATENDIMENTO**

**Atenção Principal / HDA**

### Gobernación / HDA

~~Médico MEDICO ALIMENTISTA~~

Dr Jose  
Pathology  
FBOT 10090

trauma 580  
- 18509

GRM 6-2

卷之三

Exame Físico

2000-01-01 PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_

Mr. Allen in public

**Diag Provisório**

From the park 5

- 93) was shot

AB

## Rescrição

Dietă \_\_\_\_\_

## Data

## Horario

REVISADO  
11/01/2012  
Guacara

## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA \_\_\_\_\_  
 E= caso de violencia/acidente Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

Nome do Paciente Rogério Leão de Freitas IDENTIFICAÇÃO Idade 34  
 Sexo M F Profissão \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
 Cidade Recife

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Transito Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta   
 Atropelamento Pedestre ( ) Ciclista ( )  
 Automovel (Colisão) Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Tras ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )  
 Motocicleta Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete S( ) N( )  
 Sem-Atoque/Submersão ( ) Soterramento ( )  
 Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador \_\_\_\_\_  
 Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
 Queimaduras 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
 Queda ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros  Queda da Própria Altura  
 Agressões ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo \_\_\_\_\_  
 Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar \_\_\_\_\_  
 Mecanismo do Trauma ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

MOTO

História Clínica Atual

Diz respeito ao paciente E / bruxo  
Vítima de acidente de moto

Hipótese Diagnóstica

Osteoartrose artígio ESP.

2 cont.

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT) \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Vias Aéreas FR \_\_\_\_\_ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios S( ) N( ) BAN\* S( ) N( ) Deformidade do Tórax S( ) N( ) Gemido/Estidor S( ) N( )  
 Disturbio Fala/Choro S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora S( ) N( ) Lesões de face S( ) N( ) Retração Xifoide S( ) N( )  
 Perfusion Periférica Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso Rítmico ( ) Aritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Coloração da Pele Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese S( ) N( ) Desidratado S( ) N( ) Ictíneo S( ) N( )

|                |
|----------------|
| FR RN 35-50    |
| < 1 ano 30-50  |
| Crianças 20-30 |
| - adulto 12-30 |

|                |
|----------------|
| FC RN 120-160  |
| < 1 ano 90-140 |
| Criança 80-110 |
| Adulto 50-100  |

HOF - 5079756

# AVIO DE FREITAS

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

15 58

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| Nome Paciente      | ROZENILDO LEAO DE LIMA |
| Cod. Paciente      | 1020368                |
| Data de Nascimento | 17/08/1982             |
| Sexo               | Masculino              |
| Idade              | 34                     |
| Senha              | EA0023                 |
| Convênio           | 2 SUS AMBULATORIO      |
| Atendimento        | 604658                 |



09/01/2017 15 58 - MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN 55110 - FUNÇÃO ENFERMEIRO(A) - classificação

|                     |  |
|---------------------|--|
| Prioridade          | AMARELO - URGENTE  |
| Cor                 |  AMARELO  |
| Queixa Principal    | PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA NOVA DESCOBERTA SOFREU QUEDA DE MOTO APOS COLISAO MOTO COM CARRO ERA O CONDUTOR DA MOTO TRAUMA EM MSE QUEIXA DE DOR DOR EM COLUNA |
| Observação          |  |
| Fluxograma sintoma  | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  |
| Discriminador(es)   | DOR MODERADA?  |
| Especialidade       | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  |
| Alergia(s)          | -  |
| Sinais Vitais Lidos | - REGUA DE DOR 5   |

Acolhido(a) por MARLY MOTA DA SILVA SOUZA  
Data 09/01/2017 15 58

SES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
**SERVIÇO SOCIAL**



## ENTREVISTA SOCIAL

NOME Rozenildo Oliveira de Lima SETOR Int. triângulo  
IDADE 34 TELEFONE 995703743 CEL Maria José -  
RESPONSÁVEL Lompamhine  
ENDERECO Conjunto  
PONTO DE REFERÊNCIA Ban do Mário  
INFORMES -

- Vítima mecanizada da VPO de Nogueira  
descoberta em a Lompamhine  
- Vítima acidente de moto -  
fratura de 17.3 F (sic)  
- Perdeu em a Lompamhine,  
trabalha em um estabeleci-  
mento - perdeu p/ o trabalho (sic)  
- Obituário quanto rotina do  
hospital, outorga de empenhos

*fin 09-2-87*

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

OME Ronquido Leas de bico

LÍNICA.

ENF.:

LEITO:

| DATA     | HORA  | EVOLUÇÃO   |
|----------|-------|--|
| 10/01/17 |       | Ao o Farto - levo de bico  |
| 11-01    |       | 1. Tira Garrucha Urgania<br>2. Curativa os platos<br>3. Pedaços  |
|          |       | <i>George A.C. da Araújo<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM 17.009/17 EPT 2759</i>  |
| 09/01/17 | 12h   | # Corredor Sul #<br>Paciente evolui com EG Regular, consciente orientado,<br>expelindo ofício, diálito zero, ABTSG, des-<br>tido, tala em NSC cf tipo. Observe espontâneo<br>e procedente cirúrgico  |
| 10/01/17 | 22:50 | Encaminho paciente ao trauma II<br>Altravés do quadro e seguindo critérios   |
| 11/01/17 |       | Traga suspeita paciente avaliado,<br>orientado, independente mas AUDI. Referiu<br>que o trauma na NSC foi decorrente<br>de andar de moto (sic). Paciente entrou no<br>nos NSC sem balaizado com tala lu-<br>va e houve. Paciente queixa de dor<br>na esq NSC. Observa limitação me-<br>moramento atro dos dedos - Observe<br>quanto os posicionamentos adequados de<br>NSC e curas de membranas e atro dos<br>dedos para retorno funcional |

| DATA       | HORA | EVOLUÇÃO   |
|------------|------|--|
| 12/01      | 117  | Terapeuta Ocupacional : Paciente responde alterações do quadro. Refere que foi submetido a redução intensiva em rádio dental e ortese e quando realizou Rx (SIC). Realizou orientações. Sairá. |
| 13/01 / 17 |      | Terapeuta Ocupacional : Paciente responde alterações do quadro. Refere que foi submetido a redução intensiva em rádio dental e ortese e quando realizou Rx (SIC). Realizou orientações. Sairá. |
| 16/01 / 17 |      | Terapeuta Ocupacional : Paciente responde alterações do quadro. Conduta mantida.   |



SES FUSAM

## HOSPITAL GERAL OFÁVIO DE FREITAS

مکتبہ

## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE Raynildo Duas de Loureiro N° DO REGISTRO \_\_\_\_\_  
 CLÍNICO \_\_\_\_\_ N° DO LEITO \_\_\_\_\_

OPERADOR Thiago Loureiro

1º ASSISTENTE Má Aparecida Loureiro 2º ASSISTENTE \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_ ANESTESISTA \_\_\_\_\_

ANESTESIA Inalação DURAÇÃO \_\_\_\_\_

DATA DA OPERAÇÃO 11/11/2008 INÍCIO \_\_\_\_\_ FIM \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Malformação luxação do quadril direito

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO \_\_\_\_\_

OPERAÇÃO PROPOSTA Redução e fixação do quadril direito

OPERAÇÃO REALIZADA \_\_\_\_\_

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Pausado seu desvio dorsal sob sedação
- 2) manobra de redução e fixação, muito visualizado bom resultado em endoscópico
- 3) Exposição de aparelho gestado anteroposterior

*Loureiro 26/11/2008  
Thiago Loureiro  
04/11/2008*



CNS 700209488541124 Atendimento 604708  
Paciente 1020368 ROZENILDO LEO DE LIMA  
Clínica CORREDOR SUL Leito COR 11-5  
Nasc 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses Sexo MASCULINO  
Mãe ELZANIRA LEO DE LIMA  
End RUA UNIAO DA VITORIA N° 67  
Bairro ALTO JOSE DO FCidade REC'FE  
Telefone 558132691551 Data At 09/01/2017 23:24  
RPA ENFERMARIA 201

ENFERMAGEM

**1A UNIDADE DE SRPA/UTV/SETOR**

15

卷 558/2009

HOF  
HOSPITAL  
OTÁVIO DE PRETAS

ICACAO no

16 OF 100

 OXÍMETRO DE PULSO     ASPIRADOR     PNI     O2     MONITOR CARDIÁCO     CAPNÓGRAFO

|                | CHEGADA | 15 min | 30 min  | 45 min  | 60 min  | 1h 30min | 2h    |
|----------------|---------|--------|---------|---------|---------|----------|-------|
| Temperatura    | 36.00   | 36.15  | 36.30   | 36.45   | 36.60   | 36.75    | 36.90 |
| Respiração     | 18      | 19     | 19      | 19      | 19      | 19       | 19    |
| Pressão (mmHg) | 145x99  | 146x99 | 153x102 | 153x102 | 155x100 | 156x94   |       |

LACAO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

| Sintomas a serem avaliados |   | Admissão | Observação        | Alta | Observações       |
|----------------------------|---|----------|-------------------|------|-------------------|
| Portamento                 | Calmo (C) Agitado (A)                           | C        |                   | C    |                   |
|                            | Agressivo (AR) ou Apático (AP)                  |          |                   |      |                   |
|                            | Via aérea pélvica (P) Estubado (ET)             | P        |                   | P    |                   |
|                            | Narcose (N) Semianarcose (SN) Acoideadro (A)    |          |                   |      |                   |
|                            | Sons Murmuro Vesicular Normal                   |          |                   |      |                   |
|                            | Roncos (R) Sibilos (S)                          | S        |                   | S    |                   |
|                            | Esteriores (ES) Estridor (ED)                   |          |                   |      |                   |
|                            | Esp. Torácica Síntônico (S) Assíntônico (A)     |          |                   |      |                   |
| Neuroológico               | Retração muscular                               |          |                   |      |                   |
|                            | Nível de consciência Consciente (C)             | C        |                   | C    |                   |
|                            | Inconsciente (I) Orientado (O) Desorientado (D) | O        |                   | O    |                   |
|                            | Pupila Isocônicas (PI)                          |          |                   |      |                   |
|                            | Pupilas Mioticas (M) ou Midriáticas (M)         |          |                   |      |                   |
|                            | Pupila Puntiforme (P)                           |          |                   |      |                   |
|                            | Pupila Anisocônicas D>E (A) E>D (B)             |          |                   |      |                   |
| Cardíaco                   | Ritmo Síusal                                    |          |                   |      |                   |
|                            | Bradicardia (B) Taquicardia (T)                 |          | Valor             |      | Valor             |
|                            | Arritmia  |          |                   |      |                   |
|                            | Perfusão periférica                             |          | Local<br>Condição |      | Local<br>Condição |
|                            | Náuseas presente (NP) -<br>Ausente (NA)         | NA       |                   | NA   |                   |
|                            | Vomitos presente (NP)<br>Ausente (NA)           | NA       |                   | NA   |                   |
|                            | Abdome (P) Globosa (GL)                         |          |                   |      |                   |
|                            | Flácido (FL) Distendido (D)                     | D        |                   | F    |                   |
|                            | Doforeos (DL) Indolor (ID)                      |          |                   |      |                   |
|                            | Ofurese Ausente (A)                             | F        |                   | F    |                   |
|                            | Presente Espontâneo (F)                         |          |                   |      |                   |
|                            | SVA ou SVD                                      |          |                   |      |                   |
|                            | Retenção (RU) Incontinência (IU)                | H        |                   | H    |                   |
|                            | Hidratado (H) Desidratado (DH)                  | C        |                   | G    |                   |
|                            | Corado (C) Descorado (DC)                       |          |                   |      |                   |
|                            | Ietérico (I) Friável (F)                        |          |                   |      |                   |
|                            | Edemaciado (E)                                  |          |                   |      |                   |
|                            | Dissecção venosa (DV) Pungão-subclavea (PC)     |          |                   |      |                   |
|                            | Pungão Jugular (PJ) -                           |          |                   |      |                   |
|                            | Pungão periférica (PF) Cateter peridural (CP)   | PF       |                   | PF   |                   |
|                            | Lesão cutânea sim (S) não (N)                   |          |                   |      |                   |
| Cirúrgica                  | Umpo  |          |                   |      |                   |
|                            | Parcialmente embebido de sangue                 |          |                   |      |                   |
|                            | Totalmente embebido de sangue                   |          |                   |      |                   |
|                            | Drenos  |          |                   |      |                   |

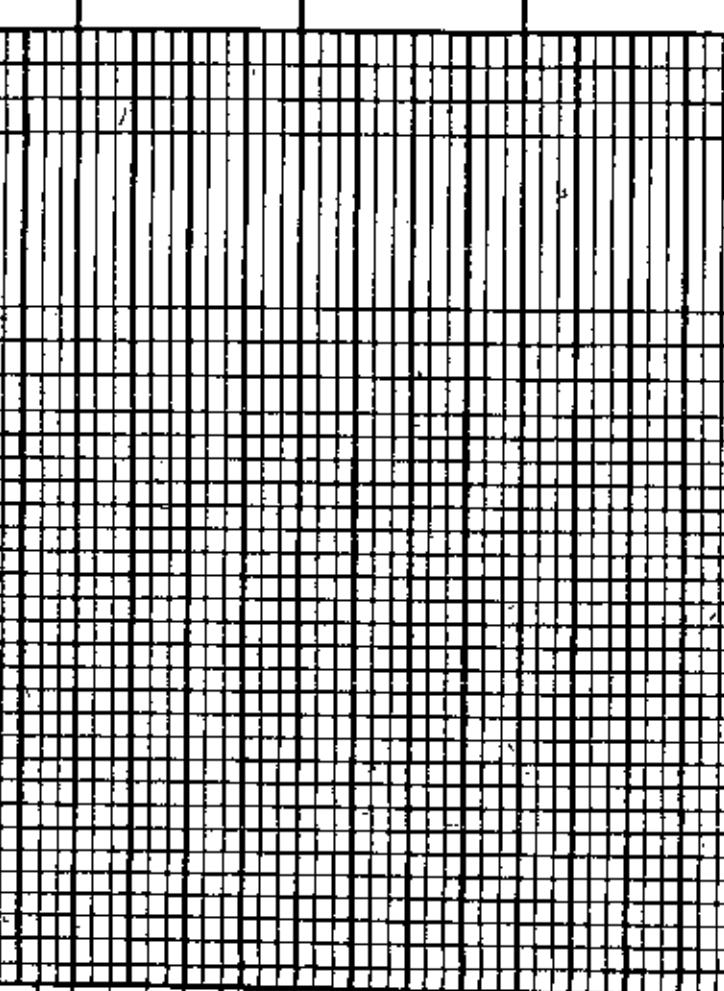
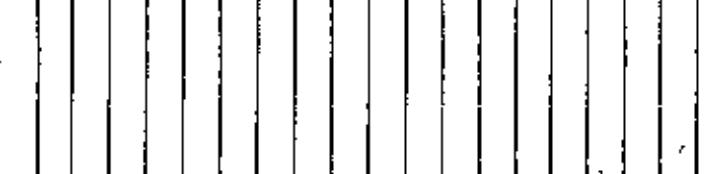
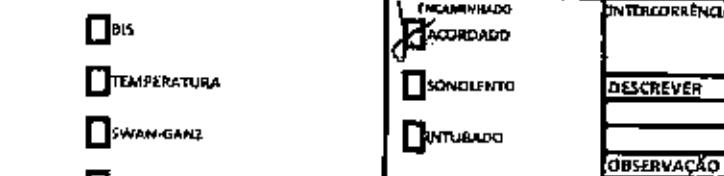
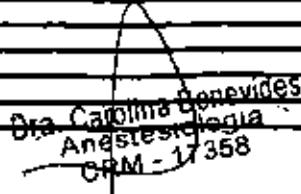




\*\*SES/FUSAM\*\*

**HOSPITAL GERAL ÓTAVIO DE FREITAS  
FICHA DE ANESTESIA**

三

|   |         |   |                                     |   |  |
|---|---------|---|-------------------------------------|---|--|
| 09/12/2017  | ATENÇÃO | REGISTRO<br>1020362   | ACOMODAÇÃO                          |   |  |
| JOAQUÍNDO LÉO DE LIMA<br>NOME DO ANESTESISTA<br>CAROLINA BENEVIDES  |         | SEXO M COR P IDADE 34 PESO I<br>NOME DO ORDEGUÃO THIAGO HESSELENTE<br>URGÊNCIA ( ) NÃO PSM  |                                     |   |  |
| Sedação de paciente porto Esg.  |         |   |                                     |   |  |
| 180 22.10<br>   |         | DROGAS USUADAS<br><br>Dormone<br>Fentanil<br>Propofol   | QUANTIDADE<br>Long<br>Somag<br>Kong |   |  |
|    |         | TÉCNICA ANESTÉSICA<br>sedação venosa  |                                     |   |  |
|    |         |   |                                     |   |  |
| <b>AD</b><br><input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO<br><input checked="" type="checkbox"/> SPO2METRO<br><input checked="" type="checkbox"/> CO2<br><input checked="" type="checkbox"/> SONDA VÉSICAL<br><input checked="" type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO<br><input checked="" type="checkbox"/> ESTET MME CORONAR<br><input checked="" type="checkbox"/> OUTROS |         | <b>ENCAMINHADO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO<br><input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO<br><input checked="" type="checkbox"/> ANTUBALDO<br><input checked="" type="checkbox"/> DESTINO<br><input checked="" type="checkbox"/> SAFA<br><input checked="" type="checkbox"/> APART / ENFER.<br><input checked="" type="checkbox"/> UTI<br><input checked="" type="checkbox"/> EXTERNO<br><input checked="" type="checkbox"/> NECHOTERIO |                                     | <b>INTERRORRÊNCIA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM<br><b>DESCREVER</b><br><b>OBSERVAÇÃO</b><br> |  |
|   |         |   |                                     | ASSINATURA DO ANESTESISTA<br>Dra. Carolina Benevides<br>Anestesiologista<br>CRM - 17358   |  |



## HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS

**NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRURGICO 2º ANDAR**

DATA 12/1/16 Urgência ( ) Eletiva ( ) Nº Sala Cirúrgica ( 3 )  
Paciente Rosim da Silva de Souza Idade 36  
Reg 35809368 Atend 604328 Circulante 4000  
Cirurgião Henrique Auxiliar \_\_\_\_\_ Anestesista (o) Henrique  
Enfermeiro(a) Dejair Instrumentador(a) \_\_\_\_\_ Anestesia Sedas  
Especialidade Uro( ), Uro PVL( ), Geral( ), Geral PVT( ), Trauma( ), CPRE( ), Toracica( ), Toracica PVL( )

| QTD | ITEM                                      | UNIDADE | DESCRIÇÃO                           | UNIDADE | QTD                      |
|-----|---|---------|-------------------------------------|---------|--------------------------|
|     | ADRENALINA AMPOLA                         |         | AGULHA 13X4,5 UNID                  |         | ALGODÃO SEM AGULHA N°    |
|     | AGUA BICESTILOADA 10ml AMPOLA             | 2       | AGULHA 25X07 UNID                   |         | ALGODÃO COM AGULHA N°    |
|     | AGUA BICESTILOADA 500ml FA                |         | AGULHA 40X12 UNID                   |         | CAT GUT CROMADO N°       |
|     | AMINOFILINA AMPOLA                        |         | AGULHA P/ PERIDURAL N°              |         | CAT GUT SIMPLES N°       |
|     | AMICACINA AMPOLA                          |         | AGULHA P/ RAQUIS N°                 |         | SEDA N°                  |
|     | ATRACURIO [TRACRUM] AMPOLA                |         | ALG ORTOPEDICO (grm)                |         | MONONYLON N°             |
|     | ATROPINA AMPOLA                           |         | ATADURA DE CREPE N°                 | CM      | MONICRON N°              |
|     | BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA           | 2       | ATADURA GESSADA 15 CM               |         | FITA CARDIÁCA            |
|     | CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA               |         | BOLSA DE COLOSTOMIA                 |         | PROLINE N°               |
|     | CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA          |         | CATETER SUBCÁVIA ADULTO             |         | VICRYL N°                |
|     | DECADRON AMPOLA                           |         | CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO         |         | SOPHOCIDE                |
|     | DICLOFENAC DA SÓDIO AMPOLA                |         | CATETER PERIDURAL                   |         | ÁGUA OXIGENADA (ML)      |
|     | DIPRONE AMPOLA                            |         | CATETER NASAL                       |         | ALCOOL 70% (ML)          |
|     | DOPAMINA AMPOLA                           |         | CERA PARA OSO                       |         | ALCOOL ICODADO (ML)      |
|     | CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA                |         | COLETOR SISTEMA ABERTO              |         | CLOREXIDINA 2% (ML)      |
|     | CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA                 |         | COLETOR SISTEMA FECHADO             |         | DETÉRNTE ENZIMÁTICO      |
|     | CLORIDRATO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA |         | COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID       |         | ÉTER (ML)                |
|     | FENERGAN AMPOLA                           |         | DRENO LÂMINAR N°                    |         | PVPI DEGERMANTE (ML)     |
|     | FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA                 |         | DRENO PENROSE N°                    |         | PVPI TÓPICO (ML)         |
|     | GLICOSE 50% AMPOLA                        |         | DRENO DE SUCCÃO N°                  |         | TINTURA BENJOIN (ML)     |
|     | GLUCONATO DE CALCIO AMPOLA                |         | DRENO TORÁCICO N°                   |         | CAPOTE                   |
|     | HIDROCORTISONA 500mg                      | 2       | ELETRODO                            |         | BASICO VIDEO             |
|     | HIOCINA AMPOLA                            |         | EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS         |         | BASICO AZUL              |
|     | HYPAKUE AMPOLA                            |         | ESPARADRAPO ANT CM                  |         | BASICO TORÁCICO          |
|     | ISOFLURANE (ML)                           |         | ESPARADRAPO IMPERM CM               |         | BASICO HEMORRHOIDECTOMIA |
|     | LIQUEMINE (HEPARINA) FA                   |         | GASES PACOTES                       |         | BASICO DE FISTULA        |
|     | MANITOL (33%) / (20%)                     |         | JELEN N°                            |         | BASICO DELICADO          |
|     | METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA               |         | LÂMINA BISTURI N° 23                |         | BASICO PROSTATA          |
|     | METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA            |         | LIGA CLIP N° 300                    |         | LAP                      |
|     | NEOCAÍNA 0,5% C/A AMPOLA                  |         | LIGA CLIP N° 400                    |         | KIT URO / RTU            |
|     | NEOCAÍNA 0,5% S/A AMPOLA                  |         | LUVA CIRÚRGICA 7,0                  |         | VIAS BILIARES            |
|     | NEOCAÍNA 5% PESADA AMPOLA                 |         | LUVA CIRÚRGICA 7,5                  |         | OUTROS                   |
|     | NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA          |         | LUVA CIRÚRGICA 8,0                  |         |                          |
|     | NOREPINEFRINA (DORA) AMPOLA               |         | LUVA DE PROCEDIMENTO                |         |                          |
|     | PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA               |         | MÁSCARA                             |         |                          |
|     | RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA                 |         | SONDA ENDOTRAQUEAL C/B N°           |         |                          |
|     | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml              |         | SONDA ENDOTRAQUEAL S/B N°           |         |                          |
|     | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml               | 2       | SERINGA 1 CC                        |         |                          |
|     | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml               |         | SERINGA 5 CC                        |         |                          |
|     | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml               |         | SERINGA 10 CC                       |         |                          |
|     | SORO GLUCOSADO 10% 500ml                  |         | SERINGA 20 CC                       |         |                          |
|     | SORO GLUCOSADO 5% 500ml                   |         | SERINGA 60 CC                       |         |                          |
|     | SORO RINGER LACTATO 500ml                 |         | SONDA ASP TRAQUEAL N°               |         |                          |
|     | TENOXICAN (TELATIL) 40mg FA               |         | SONDA FOLEY N°                      |         |                          |
|     | XYLOCAINA GELEIA                          |         | SONDA NASOGÁSTRICA N°               |         |                          |
|     | XYLOCAINA SPRAY                           |         | SONDA URETRAL N°                    |         |                          |
|     | CONTROLEADOS:                             |         | SONDA RETAL N°                      |         |                          |
|     | ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA              |         | SURGICEL UNID                       |         |                          |
|     | CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA |         | TELA PROLENE CM                     |         |                          |
|     | DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA                |         | TOUCA                               |         |                          |
|     | FERTAM 1 FA                               |         | TORNEIRINHA 3 VIAS                  |         |                          |
|     | FLUWAZEMIL (LANEXAT) AMPOLA               |         | TRAQUEOSTOMO                        |         |                          |
|     | MIDAZOLAM (DORMONID) 15mg AMPOLA          | 2       | ARTROSCOPIO ( )                     |         | INICIO 21/04/2003        |
|     | MIDAZOLAM (DORMONID) 50mg AMPOLA          |         | ARCO CIRÚRGICO ( ) OXIMETRO ( )     |         | TERMINO 21/04/2003       |
|     | MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA              |         | BISTURI ELÉTRICO ( ) VÍDEO ( )      |         |                          |
|     | MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA               |         | CAPNÓGRAFO ( ) MONITOR CARDIACO ( ) |         |                          |
|     | MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA             |         |                                     |         |                          |
|     | VALIUM (DIAZEPAM) 10 mg AMPOLA            |         |                                     |         |                          |

NAME DA FIRMA

|                   |          |  |
|-------------------|----------|--|
| CAIXA 3.5         | PARAFUSO |  |
| CAIXA 4.5         | PARAFUSO |  |
| CAIXA TUBO A TUBO | PARAFUSO |  |
| FIXADOR EXTERNO   | PLACA    |  |



OLAS FUMIGACAO DE ATIVOS NÃO TRASITÓRIOS  
DESENVOLVIDA PELA SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL  
NA TERRITÓRIO DA GUARDA COSTEIRA

|   |   |              |             |
|---|---|--------------|-------------|
| NAME  | ROGÉRIO LEÃO DE LIMA  |              |             |
| DOC. IDENTIFICAÇÃO  | 0658151   | BBP          | 92          |
| OFF   | 042 075 594 62  | DATA EMISSÃO | 17/08/1982  |
| FUNÇÃO  | SOLICITANTE CORRETORA DE<br>LIMA<br>ELISABETTA LEÃO DE LIMA |              |             |
| PERÍODO   | 01/01/2015  | AGC          | CAT. MAR.   |
|   | 01/05/2015  | 01/05/2015   | AII         |
| NR. REGISTRO  | 06363538980   | VALIDADE     | 1 MAIO 2015 |
| VALOR   | 03/12/2019  | VALOR        | 31/05/2015  |
| OBRIGAÇÕES  |   |              |             |
| Exercer Ativ. Desmuntada  |   |              |             |
| <i>Permitido Balanço de Guerra</i><br><small>ASSINATURA DO PORTADOR</small><br><b>ROGÉRIO LEÃO DE LIMA</b><br><i>Assinatura</i><br><small>APROVADA DESEMBARQUE</small><br><small>209 37634616</small><br><small>PB072879157</small> |   |              |             |

PROIBIDO PLASTIFICAR

1224321762

05 802 494/UVUJ-  
TRAGÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

17 ABR 2017  
Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C  
Boa Vista CEP 50.060-010  
05/04/17



PROTEÇÃO DA TERRITÓRIO NACIONAL

R\$ 33.550

25/05/83

ASSEGURADO COMES DA SILVA

SENNOBIO BATISTA DA SILVA >>

MARIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

PERÍODO - PE

DATA DE EMISSÃO

18/10/83

<< 074526 01 >>

132652 212

OC: 30 72 OLIMPA PE

05.05.83-531

RESIDENTE S COTIA SP L-30

ASSINATURA DO CORRETOR DE SEGUROS

LEI N°7 116 DE 29/08/83

05 802 494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora N° 175 SL 902 BL C

Boa Vista CEP 50 060-010

P. R. F. S. P.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Júciane Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05 802 494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora N° 175 SL 902 BL C  
Boa Vista CEP 50 060-010  
PGR, - 29



|  |                    |  |                   |
|--|--------------------|--|-------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL   |                    |  |                   |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES   |                    |  |                   |
| DETAN PE N° 012238718038   |                    |  |                   |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO                                   |                    |  |                   |
| VIA  | CÓD RENAVAM        | PLACA  | EXERCÍCIO         |
| 1  | 1041580026         | PDH5053  | 2016              |
| NOME   |                    |  |                   |
| ANGÉLICA EERREIRA DE ARAUJO LIMA   |                    |  |                   |
| PAULISTA - SP  |                    |  |                   |
| CPF/CNPJ   | DATA EMISSÃO       |  |                   |
| 019 236 524-48   | PDH5053            |  |                   |
| PLACANTE/UF  | CHASSI             |  |                   |
| 9C2KC1670ER508035  |                    |  |                   |
| ESPECIE TIPO   | COMBUSTIVEL        |  |                   |
| MOTOCICLETA  | ALCOOL/GÁSOL       |  |                   |
| MARCA/MODELO   | ANO FAB            | ANO MOD  |                   |
| HONDA/CG150 START  | 2016               | 2016   |                   |
| CAP/POT/CIL  | CATEGORIA          | COR PRINCIPAL                                      |                   |
| 2P/149CC   | PARTIC             | PRETA  |                   |
| COTA UNICA   | VENC COTA UNICA    | VENC/COTAS   |                   |
| I<br>P<br>V<br>A   | IPVA 2016 QUITADO  | 1 <sup>a</sup><br>2 <sup>a</sup><br>3 <sup>a</sup> |                   |
| FANAI IPVA   | PARCELAMENTO/COTAS | *****<br>*****<br>*****                            |                   |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)   | IDF (R\$)          | PRÉMIO TOTAL (R\$)                                 | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGURADO PAGO  |                    |  |                   |
| OBSERVAÇÕES  |                    |  |                   |
| SEM RESERVA  |                    | DATA   |                   |
| LOCAL  |                    | PAULISTA - SP                                      |                   |
| PAULISTA - SP  |                    | 11/06/16   |                   |
| Charles Andrews Sousa Ribeiro<br>Presidente do Conselho de Administração - DETRAN/PE |                    |  |                   |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE MARCHA TESTEMUNHA CONSUMO REGULAR COM PROVA DE TRANSPORTE DA UNIDADE SEGURO DPVAT

PE N° 012238718038 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANGÉLICA EERREIRA DE ARAUJO LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
• [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
• SAC DPVAT 0800-022 1208

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

PAULISTA - SP 2016 11-06-16

VIA CPF/CNPJ PLACA

1 019 236 524-48 PDH5053

RENAVAM MARCA/MODELO

1041580026 HONDA/CG150 START

ANO FAB DTI TABLE N° CHASSI

2015 U9 9C2KC1670ER508035

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DR NATHAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGUE RENDO (R\$)

COTA UNICA PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

OUT-2015

DESENHO DE CHARLES E BILHETE DPVAT  
NÃO É UM ENDEREÇO DE CORREIO

05 802 494/0001-7  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
Rua da Aurora nº 175 SL 902 BL C  
Boa Vista (CEP 50000-000)  
SC/11/11

01 APR 2017

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170213118      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROZENILDO LEAO DE LIMA      **Data do acidente:** 09/01/2017      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 07/06/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ROZENILDO LEO DE LIMA  
 brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão:  
 portador(a) do RG nº 5.658.151, órgão expedidor SSP/PE, inscrito (a)  
 no CPF sob o nº. 042.075.574-82, residente na  
 RUA UNIÃO DA VITÓRIA N° 67  
 cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP: 52.210-340  
 telefone (081) 9 8488-7131 / 9 9895-9388 /  
 e-mail: \_\_\_\_\_

**OUTORGADA:** ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, assistente jurídica, inscrita no CPF sob o nº 028 466 664-58, RG Sob o nº 5 633938., com endereço profissional na Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcante, nº 3995, sala nº 35, Galeria Luz Center, Casa Carada, Olinda/PE. CEP: 53.040-000.

**PODERES:** concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e a SUSEP

**OBS.:** é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e/ou os documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 Sl. 902 BL C

Boa Vista (CEP 50.060-010)

Recife, 29 de maio de 2017



*Rozenildo Léo de Lima*

### ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Certidão do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária do Capital  
 Recife - PE - 29/03/2017  
 ROZENILDO LEO DE LIMA  
 11º copia(s) c/ o padrão rec. nesta serventia. Sou fê  
 Recife 29/03/2017 Em testo da verdade  
 Total R\$ 4,66 Rodolfo Andrade dos Santos  
 (Substituto total)  
 Valido somente com o setor 0073890 CFA03201701 04553



*20170329-04553*

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170213118      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROZENILDO LEAO DE LIMA      **Data do acidente:** 09/01/2017      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Luxação radio ulnar distal

**Descrição do exame médico pericial:** Apresenta limitação moderada de flexo extensão do punho esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Realizou redução e imobilização no HOF  
Realizou imobilização gessada e fisioterapia  
Sem Complicações

**Sequelas permanentes:** Limitação Funcional moderada do punho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Galdino Leonardo

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



---

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10866995

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170213118 ASL-0139567/17

**Vitima:** ROZENILDO LEAO DE LIMA

**Data Acidente:** 09/01/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALCIONE GOMES DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10867619

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170213118 ASL-0139567/17

**Vitima:** ROZENILDO LEAO DE LIMA

**Data Acidente:** 09/01/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALCIONE GOMES DA SILVA

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **07/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11106653

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

**Sinistro:** 3170213118 ASL-0139567/17  
**Vítima:** ROZENILDO LEAO DE LIMA  
**Data Acidente:** 09/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta n°: 11194463

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro: 3170213118 ASL-0139567/17  
Vitima: ROZENILDO LEAO DE LIMA  
Data Acidente: 09/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 00000194414-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

|   |     |          |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento  
00014-

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA S

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Roxenildo Lobo de Lima  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5.658.151 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 12/05/2016  
 CPF 092073529182 /CNPJ 0000000000000000 PROFISSÃO PLAZA 1020  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIARIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VITIMA Roxenildo Lobo de Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(\*) A Circular Susep nº 445/2012 que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma ser apresentados:

Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional TRABALHO CORRETOR DE SEGUROS

Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como CNPJ ou ME (micro empresa) ou LTDA

Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular

07 ABR 2017

Conta tipo FÁCIL atenção para o limite de movimentação financeira mensal

Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal)

Rua da Aurora nº 175 SL 902 BL C

Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00

Nº da VISTA 0000000000000000

Conta bloqueada (ativa ou em proposta) neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários

CPF do beneficiário/vítima invalido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)) bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito

Contas não pertencentes a vítima/beneficiário

**IMPORTANTE** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colando escritos à mão por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIÇÕES RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

RECIFE

10

de JANEIRO

de 2017

Roxenildo Lobo de Lima

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s obedecendo a legislação vigente na data do acidente) indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204



05 802 494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 51902 BL C  
Boa Vista CEP 50 060-010  
RECIFE PE



Seguradora DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGUROVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com informações do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rastros, para evitar erros no recebimento da indenização no banco.

EU, ROZENILDO LÉAO DE LIMA

PORTADOR(A) DO RG Nº 66.58.151

EXPEDIDO POR SSP-PE

EM 11.05.2015

CPF 04207557482 / PROFISSÃO Pizzaria  
E RENDA MENSAL DE R\$1.000,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REIMBOSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROZENILDO LÉAO DE LIMA, AUTORIZO A SEGUROVAT LIDER DOS CONSELHOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todos os pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal informações sobre a profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar retrogramento de um pagamento, é necessário que os documentos abaixo mencionados não constem, de fato, na sua carteira de identidade:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: 'VSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL' ou 'Salário ou Benefício'.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Causa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/foto colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 104 ... Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0049 ... Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00144434-1  
Op. 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O RECEBIMENTO DO CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

05.802.494/0001-44

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO: 2017

*Desigle J.R. de Lima de 20/7/2017 - R\$ 13 mil reais*

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PF

O seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, observando a legislação vigente) e de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a natureza do acidente).

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Lider das  
Concessões de Seguro-DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139567/17

Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA  
CPF: 042.075.574-82

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/01/2017

Titular do CPF: ROZENILDO LEAO DE LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ROZENILDO LEAO DE LIMA : 042.075.574-82**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data: 22/05/2017  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/05/2017  
Nome: Jose Soares da Silva Filho  
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Rozenildo Leao de Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua União da Vitória, 67  
Alto José do Pinho Recife PE CEP: 52210-340  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 5658151  
Data local do exame: [ 13/06/2017 ] Olinda [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**LUXAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL**

**APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

**(X) Sim**  Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

**(X) Sim**  Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**REALIZOU REDUÇÃO E IMOBILIZAÇÃO NO HOF**

Data da alta: FEVEREIRO 2017

**REALIZOU IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA**

Complicações: NÃO HOUVE

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

**(X) Sim**  Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO MODERADA E FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de

"Exame não permite conclusão"

trânsito que não sejam suscetíveis de amenização

Vide motivo do impedimento no campo das observações

proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

**(X) 50% médio**  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

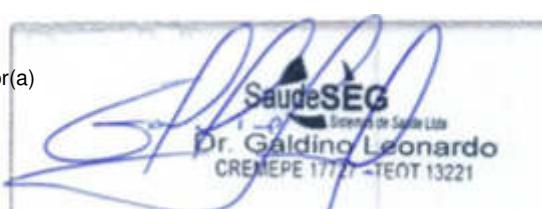
50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



05 802 494/0001-  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS ITDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora N° 175 SL 902 BL C  
Boa Vista CEP 50.060-010  
RECIFE PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPATRI - DELEGACIA DE POLICIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEICULOS - DPRFV**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 17E0315000052**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/03/2017** as **19 05**

Complementa o BO Número **17E0315000032**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 9/1/2017 as 11 42

Fato ocorrido no endereço AVENIDA NORTE, 1 - Bairro ROSARINHO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL  
Local do Fato VIA PUBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA ( OUTRO )  
ROZENILDO LEAO DE LIMA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) ROZENILDO LEAO DE LIMA  
VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO

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

ROZENILDO LEAO DE LIMA (presente ao plantão) Sexo Masculino Mãe ELZANIRA LEAO DE LIMA Pai ROMILDO CORREIA DE LIMA Data de Nascimento 17/8/1982 Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), 67, RUA UNIÃO DA VITÓRIA, CASA AMARELA, CASA C CEP 56000 000 - Bairro CASA AMARELA RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo Feminino Mãe 1 Pai 2 Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1 (PDH 5053) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA que estava em posse do(a) Sr(a) ROZENILDO LEAO DE LIMA  
Categoria/Marca/Modelo AUTOMOVEL/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido Não  
Cor PRETA Quantidade 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa PDH6053 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi 9C2KC1670FR508035  
Descrição MODELO CG 150

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) DESCONHECIDO que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo NÃO INFORMADO/NAO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido Não  
Quantidade 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

### Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, NO DIA 09/01/2017, PILOTAVA A MOTOCICLETA (PDH 5853) PERTENCENTE A ANGELICA PEREIRA DE ARAUJO LIMA., PELA AV NORTE (ROSARINHO RECIFE PE), OCASIÃO EM QUE COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL NA OCASIÃO, A VÍTIMA FRATUROU O PUNHO. O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE NOVA DESCOBERTA (RECIFE PE). POSTERIORMENTE, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA  
(VITIMA)

B.O registrado por OZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula 209234-4



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Corretores do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139567/17

Vítima ROZENILDO LEAO DE LIMA  
CPF 042 075 574-82

CPF de Proprio

Data do Acidente 09/01/2017

Titular do CPF ROZENILDO LEAO DE LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALCIONE GOMES DA SILVA 028 466 664-58

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

### ROZENILDO LEAO DE LIMA 042 075 574-82

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204
- A indenização por invalidez permanente e de até R\$ 13 500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74

## Documentação recebida sem conferência

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data 07/04/2017

Nome ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF/CNPJ 028 466 664 58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Data 07/04/2017

Nome Jose Soares da Silva Filho  
CPF 194 764 344 49

José Soares da Silva Filho

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu Rodrigo Lobo de Lima portador da carteira de identidade nº 5 658 153 e inscrito no CPF/MF sob o nº 042 073 574 -82 residente e domiciliado na RUA UNIÃO DA VITÓRIA Nº 67 CASA - C/11 Cidade RECIFE Estado PERNAMBUCO, declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6 194/74) uma vez que

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência, ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido,

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indemnização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação em a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal IML concordando desde já em me submeter a perícia médica as custas da Seguradora Lider 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 impugnação ao todo ou parte do seu conteúdo

05 802 490 14  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C  
Boa Vista CEP 50 060-010

RECIFE PE

Rodrigo Lobo de Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

RECIFE, 10 06 FEVEREIRO, 96 2017

Local e data



Data do Atendimento 09/01/2017 Hora 11:42:28 PRONTUARIO 141000  
 No Atendimento 974445 Colaborador CARLALIMA  
 Setor / Serviço CONSULTORIO MEDICO

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sexo M

Data de Nascimento 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses e 23 Dias C.I. 5658151

País ou responsáveis ELZANIRA LEAO DE LIMA

Endereço AVENIDA NORTE 22 CASA AMARELA 52280680

Cidade RECIFE Tel 81 32691551

Hora do Atendimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hs Peso \_\_\_\_\_ Kg Temperatura \_\_\_\_\_ °

QPD / HDA *Dor e na respiração - pressão arterial  
sudorese agoradura - febre  
UB instante -*

05.802 494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C

Boa Vista CEP 50.060-010

RECIFE PE

DIAGNOSTICO *(1) fratura tibia e fíbula -  
(2) fratura joelho esquerdo -*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO *ferida fechada -  
jornada D-10*

*Trauma W/F*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA *transferido HCF -*

*5039356*

\*Destino do Paciente ( )Alta para casa ( )Ecaminhamento ao Ambulatório ( )Al a a Pedião ( )A estação das \_\_\_\_\_

Transferência para outra Unidade ( )Óbito ( )Outro \_\_\_\_\_

\*Condição de Saúde do Paciente  Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado

*CR 4327*

Médico - Carimbo e Assinatura



# 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: 19/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ROZENILDO LEAO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000194414-1

---

Nr. da Autenticação 18AA5B4B7C0C56D0



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rozendo Léo Lima

RG nº 5 658 158, data de expedição 12/05/2006, Orgão SSP/PE,

CPF nº 042-075.574-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA UNIÃO DA VITÓRIA</u>             |
| Numero                            | <u>67</u>                               |
| Apto / Complemento                | <u>CASA "E"</u>                         |
| Bairro                            | <u>CASA AMARELA</u>                     |
| Cidade                            | <u>PORIFERIO</u>                        |
| Estado                            | <u>PARANÁ</u>                           |
| CEP                               | <u>52 240 - 340</u>                     |
| Telefone de Contato               | <u>(081) 9- 8488-7231 / 9 8895-5388</u> |
| E-mail                            |   |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data Recife, 20. II. (Vinte) 96/2017

Assinatura do Declarante Rozendo Léo Lima

US 802 494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora N° 175 SL 902 BL C

Boa Vista CEP 50.060-010

acesso pg

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50020-902  
CNPJ 14.016.633/0004-03  
DISCUSSÃO ESTADUAL 0005943-03**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PROXIMÃO 116  
Atendimento ao deficientes auditivos ou de fala: 0800 281 0142  
Correio: 0800 282 5529  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Locação gratuita de telefones para surdos e  
mudos - 0800 282 5529

|  |
|--|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b>  |
| VIVIANE BARBOSA DE LIMA  |
| CPF: 018.018.018-01  |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>   |
| RUA URTIGA DA VITÓRIA 69 CS- 2   |
| <b>CASA ABREU ARREDORES</b>  |
| 52210-340 BIREME-RJ  |
| <b>As condições gerais de fornecimento (PreçoFijo ABEL) 40442000, tarifas, preços, condições prestadas e tributos se encontram no documento de Fornecimento, para consulta em <a href="http://www.cptm.com.br">www.cptm.com.br</a></b> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>14/01/2015</b>   | <b>MÉDIA ENERGIA CUSTA FÍSICA</b><br><b>29/12/2014</b> | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>007017271380</b> |
| <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br><b>11,06</b>       | <b>DATA DA PRESENTAÇÃO</b><br><b>07/01/2015</b>        | <b>CPF DO CLIENTE</b><br><b>09133044036</b>  |
| <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br><b>003503610</b> | <b>NP DA INSTALAÇÃO</b><br><b>000000000007</b>         |  |

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| Tutoring Applications |          | Number of Evaluations |          |          | Mean |
|-----------------------|----------|-----------------------|----------|----------|------|
| Current Application   | Accepted | Accepted              | Rejected | Rejected | Mean |
| Current Application   | Accepted | Accepted              | Rejected | Rejected | Mean |
| 100%                  | 14       | 100%                  | 100%     | 100%     | 30   |
| 90%                   | 14       |                       |          |          |      |
| 80%                   | 14       |                       |          |          |      |

05 802 494/0001-4.  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora N° 175 SL 902 BL C  
CEP 50000-0710



## DECLARAÇÃO



### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Marcione Gomes da Silva, portador(a) do RG nº 5.633.738, expedido por 2051 RL em 28/06/2011 CPF/CNPJ nº 028.465.664-58, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Rozembergo Léo Lima do sinistro de DPVAT da natureza fatal da vítima Rozembergo Léo Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas Profissão Assist. Jurídico Renda Mensal R\$ reclusão-m

Documentos comprobatórios Necessário

Marcione Gomes da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05 802 494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora nº 175 SL 902 BL. C  
Boa Vista CEP 50.060-010  
BRAZILIA DF