

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Associação

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao cliente audível ou de fax: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 784.699.224-08

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC PE FELIX BARRETO 13

LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO
55002-360 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

13/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/04/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/04/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000689153

CONTA CONTRATO
007006571365Nº DO CLIENTE
2001259577Nº DA INSTALAÇÃO
0003363400

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

24B5.5349.AE29.D3E8.0FB6.27C1.5D38.732C

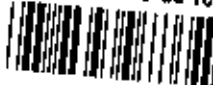
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	151,00	0,58718851	88,68
Acréscimo Bandeira AMARELA			5,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,33
Contribuição Iluminação Pública			18,53
ICMS Subvenção-CIDE-NF 000824114-09/01/17			0,69
ICMS Subvenção-CIDE-NF 000895237-07/02/17			0,70
TOTAL DA FATURA			113,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
83,28	25,00	20,82	83,25	0,42	0,35	83,25	1,80	1,49

Comprovante de residência



Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo (kWh) 0,42928100

HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (kWh)	DATA	CONSUMO (kWh)
ABR 17	151	ABR 16	30
MAR 17	130	MAR 16	30
FEV 17	145	FEV 16	30
JAN 17	142	JAN 16	30
DEZ 16	142	DEZ 15	30
NOV 16	140	NOV 14	30
OUT 16	148	OUT 14	30
SET 16	149	SET 14	30
AGO 16	127	AGO 14	30
JUL 16	30	JUL 14	30
JUN 16	30	JUN 14	30
MAI 16	30	MAI 14	30
ABR 16	30	ABR 14	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	RS	%
Consumo de Energia	83,28	73,28
Transmissão	1,27	1,12
Distribuição (Cidade)	26,03	23,14
Energias Renováveis	8,19	7,23
Taxas	23,48	20,74
TOTAL	113,25	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUNTE	CONSUMO kWh
000000000103225	CAT	09/03/2017 8.346,00	09/04/2017 8.495,20	28	1,00000	0,00	151,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/05/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	INSTA. TÍPICA	MÉDIA ANUAL
DUR. Hora de ponta sem Energia VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	0,70	11,34	28,10	
FRE. Hora de ponta sem Energia	0,00	3,36	8,72	13,43	
DUR. Interrupção máxima de Interrupção contínua	0,00	3,37	8,00	0,00	
DUR. Interrupção de Interrupção em dia crítico					
Limite DURA: 12,22					
EUSO-Max de Encargo de Uso R\$ 31,78					
Tudo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DURA, FRE, DURA e DURA a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,08752/kWh (incluindo tributos e descontos) para reverter a
previsão de Encargo de Energia da Reserva do Usina Angrau III (R242214/17). Efeito conforme data de leitura.
No data de leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CIDE, conforme Decreto Estadual 33.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-28/04/02), no próximo mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	MÍNIMO MÁXIMO
	95% 105%
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
05 MAI 2017	

DESTAQUE ADI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007006571365	04/2017	0,00	13/04/2017

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cartão será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO

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

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 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IVONILDO FERRERIA DE BARRA JUNIOR, portador(a) do

RG nº 4493761, expedido por SDS-PE, em

22/8/11, CPF/CNPJ nº 734 699 229 68,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) SANDRO

FERRERIA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO

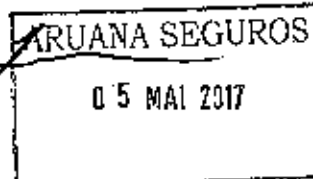
da vítima SANDRO FERRERIA DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: NECUSO Renda Mensal: R\$ NECUSO

Documentos comprobatórios: NECUSO

Ivonildo Ferreira de Barra Junior
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Samuel Joaquim dos Santos

RG nº 404186, data de expedição 10/10/2002

Órgão SDS PE, portador do CPT nº 057.414.704-36, com

domicílio na cidade de VITÓRIA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

S. ESPÍRITO SANTO, nº 05

complemento SÍTIO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Sandro Ferreira da Silva, cujo o condutor era

Sandro Ferreira da Silva

Veículo: Automóvel

Modelo: GM/CHEVROLET D20

Ano: 1988

Placa: 15U 4359

Chassi: 9BG244N1J56014282

Data do Acidente: 26/02/2017

Local e Data: Vitória-PE 08-03-17

X Samuel Joaquim dos Santos
Assinatura do Declarante

Cartório
José Borba

Sandro Ferreira da Silva

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

Serviço Notarial e Registral José Borba
R. João Vitorino, 150 - Centro - CEP: 53602-020
Vitória de Santo Antão-PE - Tel.: (81) 3523-0074
cartoriojoseborba@bolshut.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS
que confere c/c o padrão reg. desta serventia. Dou fé.
Vitória de Santo Antão, 8 de março de 2017.

Em test:
José Anibal de Sousa Borba (Escritor)
Escr.: R\$ 3,51 TGR: R\$ 1,14 Total: R\$ 4,65
Selo 0073577-DJA0220770104846
consulte autenticidade em www.tpe.lus.br/seloatgite

1º Serviço Notarial e Registral
Vitória de Santo Antão-PE
81.3523-0074

ITACIANA DORCA DE L. SILVA - Oficial em exercício | JOSEGO DORCA DE L. SILVA - Substituto
(J. JOSÉ ANIBAL DE S. BORBA) | JOSÉ EVERALDO N. DE ARRUDA - Escrivento

ARUANA SEGUROS
05 MAI 2017



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, SANDRO F. DA SILVA FONECIN Nº 56 23552 PORTADOR(A) DO RG Nº 56 23552 EXPIDIDO POR SEP/PE EM 11/02/98 E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SANDRO F. DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONJÓRCIOS 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 segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar o 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 taxa 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fundacional.
- 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 (Caixa 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, (nativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprovatório 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, bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários informados a movimentação firmada na conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação escritas à mão, por meio de extratos bancários informados a movimentação firmada na 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

104

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

3536

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

13303-0

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

21 AGO 2017

LOCAL E DATA

21 de Agosto de 2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Sandro F. da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à 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 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurobrasil.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARITANA SEGUROS

2 1 AGO 2017

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - SAA AG VITORIA DE SANTO AN
DATA: 17/08/2017
TERMINAL: 06261002
CONTROLE: 062610020435
HORA: 16:10:56

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA ELETRONICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE
CGC/AGENCIA : 3536 / MONTE DAS TABOAS
CONTA : 013.00.009.443-3
NOME : IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNI

FAVORECIDO
CGC/AGENCIA : 3536 / MONTE DAS TABOAS
CONTA : 013.00.013.303-0
NOME : SANDRO FERREIRA DA SILVA

VALOR :
DATA DE EFETIVACAO : 17/08/2017

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474
www.caixa.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 774226/2017.

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA.

Foi atendido às 07h00 do dia 26.02.2017.

Diagnóstico provável: Fratura exposta de 5º queto dactilo
esquerdo + ferimento extenso em mão (E)
(capotamento)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico de fratura exposta de 5º QDE
+ Rafia de ferimento extenso em 26.02.2017
Analgesia
Antibióticos

Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 01.03.2017

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

Cópia de Prontuário Médico em 03.04.2017

MÉDICO - CRM No.

[Assinatura]
SES - Hospital de Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

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

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

Fones: 31815451/31815572

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

da
Traumatologia

Nº Atendimento: 1579526

Nome: Landre Ferreira da Silva

Foi atendido às 09:00 hs. do dia 26 / 02 / 17

Diagnóstico Provável: vítima de acidente automotivo
de trânsito (sic), apresentando fratura
exposta de quinto metacarpiano direito
(C10 S62.6) e ferimento aberto em
nao direita (C10 S61)

Tratamento Realizado: 1) Limpeza cirúrgica mas
desbridamento 2) Antibioticoterapia
e analgesia 3) Imobilização em
unidade Burns de Leão

Observação: Retornar ao ambulatório de ortopedia
após 14 dias, quando ficar apto para
suas atividades durante 30 dias

Cópia de:

Ata da
traumatologia

01/03/17

México CRM Nº

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

Cód. 0086

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

1255



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
ESTADO DO PERNAMBUCO

Paciente: <u>Sandra F de Figue</u>	Registro: <u>de Figue</u>
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

Sandra Figue

O paciente Sandra Figue
de silve sobrinha filha
do marido que está
de casa há 3 semanas
Enfermidade do Trilíngue
Incapacidade para trabalhar
por 2 meses
cd 56.2

Dr. Marcelo Crisanto
17 MAR 2017
Ass. Cirurgia e Microcirurgia
Ass. Cirurgia/Médico/CREMEPE

Data: 17/3/17

COD. 0189

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO	
Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
<u>Laudo médico</u> O paciente Sandro Ferreira de Silva é portador de fratura de fêmur no meio e em alto direito, com rigidez do AIP e S.O. de nível da 5ª articulação - (um terço) do fêmur de médio calibre. No antebraço circunferencial C.O. T92.2. Devido às lesões difusas.	
Data: 30/09/17.	Ass. Dr. Marcelo Crisanto Ass. Carimbo Médico 30/09/2017 C.R.E.M.E.P.E. C.R. de M.O. e Microcirurgia COD. 0340

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

6000-1



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

6000-1
ETIQUETA

Numero do Registro

774226

Data e Hora de Atendimento:
28/02/2017 07:00

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1579576 Paciente: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data de nascimento: 19/08/1976 Idade: 41a 6m 9d

Estado Civil: CASADO Profissão: Sexo: MASCULINO

DOC ID / Data expedição 5627552 / Mãe: OARMELITA FERREIRA DA SILVA Acompanhante: JONATHAS DA SILVA SANTOS

Pai: JOSE EDUARDO PEREIRA DA SILVA

Cartão SUS: 700404412741541

Endereço: SÍTIO ESPIRITO SANTO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

Numero 1

Complemento:

UF: PE Telefone: 983187379

Ocorrências:

Notificado 02/03/17

Vigilância Epidemiológica

VEH-IRISES - NEPI

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Confirmação de endereço:

Assistente Social

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐

Outros ☐

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de capotamento de carro há 2 dias,
compareceu a esse serviço + rajado pelo trauma,
sem mobilização. ~~do~~

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017

Atendimento Médico
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒ Tipo: ☐ Transporte realizado Por: ☐
Mobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ☐
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê? ☐

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp: ☐

B: Respiratório

Boa respiração perfurada

C: Circulatório

PA: X mm

Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ M/D ☐ M/E ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: 4 Hora: 8 Glasgow: Resposta Verbal Escala: 5 Hora: 8 Glasgow: Resposta Motora Escala: 6 Hora: 8

E: Exposição/Abdômen:

Abdom. flácido, Depressão
2. umbilical

Diagnóstico Inicial:

Leucito expulso em mto E +
~~to S. Recuperação~~ Ex expulso de S. WDE

Cod. Procedimento

Conduta:

Solueto Ex de mto ins. AT 1 O

Ass. Médico

1) Cefalotina 2g, EV agor

2) Dipirano 1g, EV agor

3) SAT 1 U AT

4) Curativo

5) Ao Bloco Cirurgico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

Internado na Clínica:

Transferido para:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirurgicos inclusive transfusões e sem 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 neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

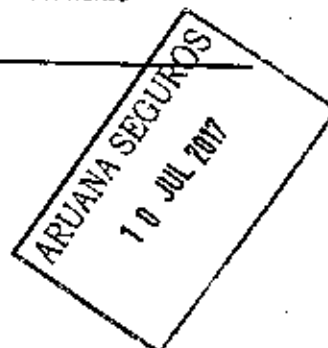
Data:

Nome completo legível:

No. da Identidade:

Assinatura:

Data e Hora Impressão: 26-Feb-17



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Formo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

26/02/2017 06:50



Nome Paciente: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/08/1975
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: U0035
Convênio:
Atendimento:

26/02/2017 06:50 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO DE AUTOMOVEI HÁ 2 H. APRESENTANDO TRAUMA E LACERAÇÃO EM MSD. REFERE DOR.

Observação:

S/SENHA -SAMU JABOATÃO

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 7

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO

Data: 26/02/2017 06:50



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 774226/2017.

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA.

Foi atendido às 07h00 do dia 26.02.2017.

Diagnóstico provável: Transtorno epistático de natureza hereditária
procurando tratamento extensivo em uma (E)
(capotamento)

Tratamento realizado: Tratamento de natureza extensiva em 30 RDE
+ aplicação de medicamento extensivo em 26.02.2017
de natureza
Hereditária
Tratamento de natureza extensiva

Obs. Ata de 26.02.2017

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

Cópia de Prontuário Médico em 03.04.2017

MÉDICO - CRM No.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serro
Médico do SAME
CRM: 7874

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

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

Fones: 31815451/31815572

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

☐ FICHA DE ESCLARECIMENTO

☐ OUTROS

ANTENET 659X
SES: Hospital da Restauração
Quilombo do Wumberey I - Jm
Cidade de São Paulo

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 às 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: _____

IDENTIDADE: _____

ADM: _____

ALTA/ÓBITO: _____

REGISTRO: _____ CÓDIGO: _____

RESIDÊNCIA: _____

FILIAÇÃO: _____

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: _____

SOLICITANTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

IDENTIDADE: _____

Recife _____ de _____ 2017

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

☒ FICHA DE ESCLARECIMENTO

☐ OUTROS

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 ao 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: SANDRO FERREIRA DA SILVA

IDENTIDADE: 5627552

ADM: 26.02.17

ALTA/ÓBITO: 01.03.17

REGISTRO: 774226 CÓDIGO: ~~774226~~ 1579576

RESIDÊNCIA: Sítio Espírito Santo -
Vitória de Santo Antão

FILIAÇÃO: CARMELITA FERREIRA DA SILVA
JOSE EDUARDO FERREIRA DA SILVA

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: X

SOLICITANTE: O mesmo

GRAU DE PARENTESCO: _____

IDENTIDADE: _____

Recife 17 de março 2017

Sandro Ferreira da Silva
ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

do
Traumatologia

Nº Atendimento: 151.9576

Nome: Jandara Pereira da Silva

Foi atendido às 09:30 hs. do dia 26/02/12

Diagnóstico Provável: vítima de acidente automobilístico (sic), apresentando fratura exposta de quinto metacarpo direito (C10.562.2) e fratura simples de osso da mão (C10.561)

Tratamento Realizado: 1) Limpeza cirúrgica, lavagem, desbridamento 2) Antibiótico intravenoso e analgésico 3) Curativo diário em Unidade Básica de Saúde

Observação: a paciente seambulatório de ortopedia após 14 dias de tratamento e alta médica de alta ambulatorial durante 30 dias

Cópia de: Atividade de Traumatologia Médico: CRM Nº 01103112

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

Cód. 0086

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

SANDRO FERNANDA DA SILVA

SR/MACA 09

1579576

EVOLUÇÃO CLÍNICA

26-07-17 10-20 HS

#- PACIENTE ADMITIDO CU. DO I FONETORIA EXISTIA DO
S.º RUIRO DÁTULO EU. EGD, CONSCIENTE, ORIENTADO, NOME COGN-
DO, HDT, ALTO NOICITO, EM ALD, CUMATIVO, EM M.S.
D, DIMIUISE ESPONTÂNEA, SEQUE NOS CADA EQUIPE-

Emília Ximenes
Enfermeira
COREN 434.761-PE

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Jonhato Ferreira da Silva

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

01020000 26/07/17

Paciente com história de caesarianismo de coto, apresentando natureza exposta de OS^o QDE + furoto externo de M^o E. Foi levado ao SE para realização de T+ocnugos de Ex. Exposto. Procedimento ocorreu sem intercorrências. ODR - 15R

Finalize em tempo devido ao furoto a manter, mesmo SE eliminando e colocad de tda SPIR em OS^o QDE. Devido a natureza de Foleto. medica.

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA ENF: 600/1 DATA: 27/02/17

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (SIC), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 5º QDD E FERIMENTO EXTENSO EM MÃO ESQUERDA, *negs. limbo*

1º DPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA E DESBRIDAMENTO EM MÃO ESQUERDA, *negs. limbo*

EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, OPRIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: I- MANTER ATB

[Handwritten signature]
Médico
CREMEP - 4.234

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA ENF: 600/1 DATA: 30/02/17

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (SIC), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 5º QDD E FERIMENTO EXTENSO EM MÃO ESQUERDA, *mapa humito*

2º DPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA E DESBRIDAMENTO EM MÃO ESQUERDA *1 mapa humito*

EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, OPRIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: 1- MANTER ATB

[Handwritten signature]
CREMEPE 24.401

28/2/17 # TRAUMATO #

Hx: Fx exposta em mão (E) +
Ferimento extenso na mão (E)

Pós-op de fto curi 1/120
Segue atendi.

CD: Mantida.

Daniel Levi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 24.401

[Handwritten signature]

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA ENF: 600/1 DATA: 01/03/17

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (SIC), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 5º QD E FERIMENTO EXTENSO EM MÃO ESQUERDA; *maior ferimento*

3º DPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA E DESBRIDAMENTO EM MÃO ESQUERDA; *maior ferimento*

EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, OPRIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

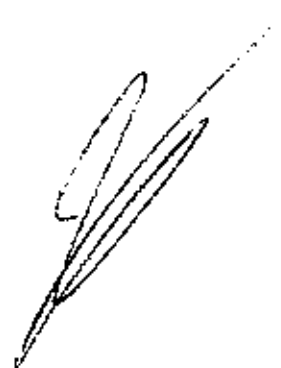
NEUROVASCULAR PRESERVADO

FO LIMPA, SECA E COM ÁREAS NECRÓTICAS

CD: 1- ALTA DA ORTOPEDIA, COM FICHA DE ESCLARECIMENTO PARA RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA APÓS 14 DIAS

2-PRESCREVO ATB E ANALGESIA

3-CURATIVO DIÁRIO EM UBS



ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>SANONO FERNANDA DA S</u>	Registro: _____	Data: <u>06-02-17</u>	Hora: _____
Leito: <u>600/1</u>	Idade: _____		
Alergia: _____	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: () Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: () Consciente () Sonolento () Torpor () Coma () Orientado () Desorientado () Confuso
2. Hidratação/Mucosas: () Hidratada () Desidratada () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
Mucosas: () Normocorada () Hipocorada () Ictérico () Cianótico
3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
4. Sono/Repouso: () Concilia () Não Concilia
5. Sistema Respiratório: () Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
() Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse: _____
6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: () Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: <u>USE</u> Puncionado em: _____
Local em: _____
Dieta: () Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____
8. SGI: Abdomen: () Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: () Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: () Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: () Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: () Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
OBS: _____
11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12. OBS: ADMITIDO PROCESSANTE DA SA, PÓS-CIRURGIA
ONCOLOGICA, MAU DIA, LEVANDO CONSEQUENTE
COMUNICAÇÃO, SEM AVALIAÇÃO DE PRÉ-PROGNÓSTICO

Enfermeiro Diurno: _____

OBS: _____

Enfermeiro Noturno: _____

ARUANA SEGUROS
18 JUL 2017



/ HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>Sandro Ferreira</u>	Registro:	Data: <u>03/03/17</u>	Hora:
Leito: <u>600-1</u>	Idade:		
Alergia:	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: (☒) Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: (☒) Consciente () Sonolento () Torpor () Coma (☒) Orientado () Desorientado () Confuso
2. Hidratação/Mucosas: (☒) Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
Mucosas: (☒) Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
4. Sono/Repouso: (☒) Concilia () Não Concilia
5. Sistema Respiratório: (☒) Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
(☒) Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:
6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: () Periférico () Central (☒) Sem acesso () JH Local: _____ Puncionado em: _____
Local em: _____
7. Dieta: (☒) Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____
8. SGI: Abdomen: (☒) Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: (☒) Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: (☒) Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM (☒) NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM (☒) NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: () Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: (☒) Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
OBS: _____
11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12. OBS:

Alta hospitalar

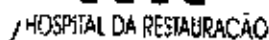
Enfermeiro Diurno: RS

OBS:

Enfermeiro Noturno:

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



Paciente: <u>Sandro Ferreira</u>	Registro:	Data: <u>27/02/17</u>	Hora:
Leito:	idade:		
Alergia: <u>6cc-1</u>	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: ☒ Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: ☒ Consciente () Sonolento () Torpor () Coma ☒ Orientado () Desorientado () Confuso
2. Hidratação/Mucosas: ☒ Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
Mucosas: ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
4. Sono/Repouso: ☒ Concilia () Não Concilia
5. Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo () Venturi --- % () Catéter O2 () TQT
☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse: _____
6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: ☒ Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: _____ Puncionado em: _____
Trocar em: _____
7. Dieta: ☒ Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____
8. SGI: Abdomen: ☒ Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: ☒ Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
eliminações Intestinais: ☒ Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: () Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: ☒ Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
JBS: _____
11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12.OBS:

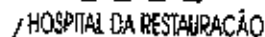
Enfermeiro Diurno:

OB5:

Enfermeira Noturna:

ARLIANA SEGUROS

~~11 JUL 2017~~



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>SAN DINO FORMOSA</u>	Registro:	Data: <u>28-02-11</u>	Hora:
Leito: <u>600/1</u>	Idade:		
Alergia:	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: ☒ Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: ☒ Consciente () Sonolento () Torpor () Coma ☒ Orientado () Desorientado () Confuso
2. Hidratação/Mucosas: ☒ Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
Mucosas: ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
4. Sono/Repouso: ☒ Concilia () Não Concilia
5. Sistema Respiratório: () Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse: _____
6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: ☒ Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: _____ Funcionado em: _____
Trocar em: _____
7. Dieta: ☒ Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____
8. SGI: Abdomen: () Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: ☒ Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: ☒ Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM ☒ NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM ☒ NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: ☒ Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: ☒ Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
OBS: _____
11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12.OBS:

ESTÁVEL

Enfermeiro Diurno:

OBS:

ESTÁVEL

Enfermeiro Noturno:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE
DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE
Somário Ferreira da Silva

ENFLEITO

REGISTRO N.º

DIA 26/02

DIA 27/02

DIA

DIA

DIA

MEDICAMENTO

DOSE

VIA

INTERV.

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

1) Dieta Geral Líquida

2) S.F. 1000 ml, EV em 8h

3) Ceftriaxona 1g, EV de 6/6h

4) Dipirona 1g, EV de 6/6h

5) Transd. 100mg + 100mg de S.F. 0,9%

Ev. de 8/8h (com 30 minutos)

6) Bromoprida 10mg, EV de 8/8h Se
Necessário

7) S.S.V.C.C.G.G.

8) Cuscutivo de Urina

9) Ceftriaxona 100mg, EV, de 12/12h

10) Monitorar sinais vitais e evolução clínica

CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

10/140190

1.º 90

2.º 90

3.º 90

4.º 90

5.º 90

6.º 90

7.º 90

8.º 90

9.º 90

10.º 90

ASSINATURA DO MÉDICO

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO
26/01/12 Incidente L102 Casaca Brisante. Exponer Assimilativa. Orelhas Comprim. Presença Medica. Segue a Condado de entrega Pte. final		Incidente L102 Casaca Brisante. Exponer Assimilativa. Orelhas Comprim. Presença Medica. Segue a Condado de entrega Pte. final		Incidente L102 Casaca Brisante. Exponer Assimilativa. Orelhas Comprim. Presença Medica. Segue a Condado de entrega Pte. final
P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO

1002 TMC 01
 ARQUIVADOS E SEGUROS

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente : Sandro Ferreira da Silva	Nº do Registro :	
Clínica : ortopedia	Nº do Leito :	
Operador : Dr. Wagner Athaide		
1º Assistente : Dr. Henrique Alexandre	2º Assistente : Dr. Leoni	
Instrumentador : Dr. Fabio Kiyoshi	Anestesista : Dr. Clístenes	
Anestesia : Bloqueio de plexo	Duração :	
Data da Operação : 26/02/17	Início :	Término :
Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura exposta de 05º ODE + Ferimento extenso na mão E		
Diagnóstico Pós-Operatório : o mesmo		
Operação Proposta : Tto cirúrgico de fratura exposta de 05º ODE + Fechamento do ferimento externo -		
Operação Realizada : o mesmo		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DDH sob Bloqueio de plexo
- 2) Assépsia + Antisépsia
- 3) observado ferimento extenso na mão esquerda, apresentando contaminação com areia.
- 4) Realizada limpeza exaustiva com $\text{F 0,9\%}$
- 5) Desbridamento dos bordos da ferida + Nova limpeza com $\text{F 0,9\%}$
- 6) Sutura de aproximação dos bordos
- 7) Curativo + Tipóia
- 8) A. SR

ARUANA SEGUROS
10.03.2017

FICHA DE ANESTESIA

Data: 26/02/14

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

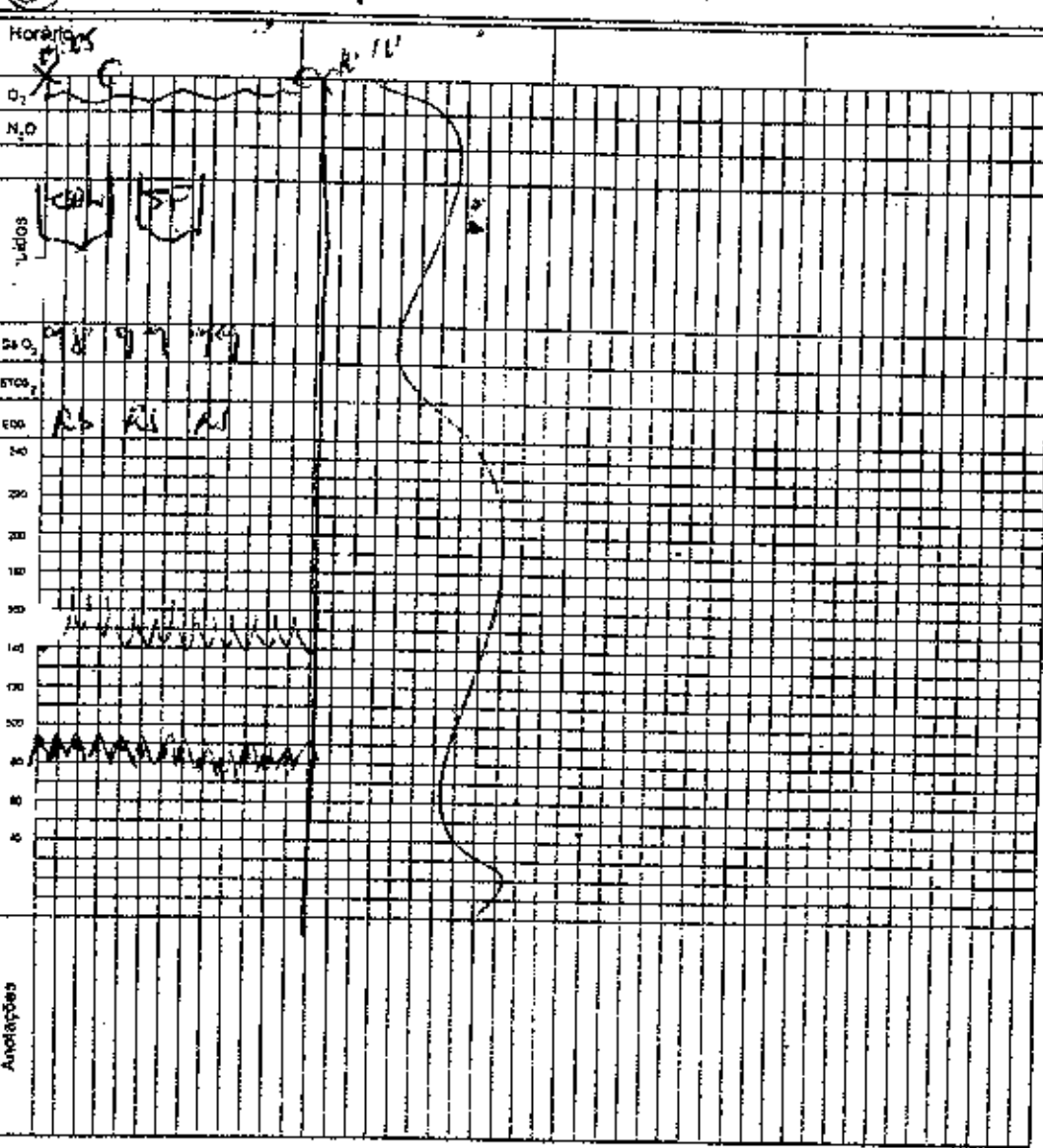
Paciente: SANDE FERNANDA DA SILVA Sexo: M Cor: Idade: 41A Risco: FE

CRM: Nome do Anestesiista: Nome do Cirurgião:

Medicação Pré-anestésica:

Cirurgia: TRO CIRCULACAO A PARTIR DA EXPOSICAO DE SE' PERICARDIO Urgência: ☐ Não ☒ Sim

Reg: 1579526



Drogas Usadas	Quantidade
NOVAZOLAM	0.32g
CEFTAZOLAM	0.2g
CEPHALOTAM	0.2g
ROBUTICAM	0.2g
STANTANUM	0.2g
CITR/CLORAL	0.2g
DELTA	0.2g

Técnica Anestésica: Sequestro de Pulmão
MAQUINA DA RAJUSA
GRUPO DE CIRCULACAO
DE NOVA

Monitorização:

- ☒ Radioscópio
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Esfrel Pré-Cardial
- ☐ Outros

Encaminhado:

- ☒ Acordado
- ☐ Sono
- ☐ Intubado
- ☒ SRPA
- ☐ Apert / Ent.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Interconexão: ☒ Não ☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiista:

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017

PACIENTE Sanatário Brasileiro da Silva REGISTROCIRURGIA Prostetização de dent exp de 32 dentes data 26/07/17 CIRCULANTE Wladimir Santos

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
☒	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (piasil)
☒	Agulha 40x12		Fio de seda		Água destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Aturônio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
☒	Atad. Crepe		Fita cardíaca		Antibiótico <u>Kefazol</u>		Pancurônio
☒	Atad. Gessada	☒	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	☒	Lâmina bisturi nº (5) (13)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopuncção nº	☒	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	☒	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	☒	Soro fisiológico 500ml
	Cera óssea	☒	Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()	☒	Seringa insulina () 5cc (X)		Diazepan		Soro glicosado
☒	Compressa cirúrgica	☒	Seringa 10cc (Z) 20cc (X)		Dipirone		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
☒	Eléctrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid <u>medicamento</u>		Tracrium
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
☒	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ()		Fentolna (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Tomelra de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	☒	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
	Fio de aço	☒	<u>Sonda de aspiração</u>		Gela fundin		Xilocaina geléa
	Fio de algodão c/a	☒	<u>Sonda de aspiração</u>		Glicose 10ml		
	Fio de algodão c/a	☒	<u>Sonda de aspiração</u>		Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a	☒	<u>Sonda de aspiração</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a	☒	<u>Sonda de aspiração</u>		hidrocortisona		
☒	Fio de nylon 2-0	☒	<u>Sonda de aspiração</u>		Hypnomidate		
☒	Fio de nylon 4-0	☒	<u>Sonda de aspiração</u>		Isoflurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: André Ferreira da Silva REGISTRO: 774226/1572576
 IDADE: 41 SEXO: M F() SETOR DE PROCEDENCIA: Embry

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: _____ ANESTESISTA: Dr. Cristóvão
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Martinho Pontes

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Proctomia de fist. exp. b. S. d. d. INÍCIO: 03:30 TÉRMINO: 40:05
 TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de plexo c. c. c. INÍCIO: 03:05 TÉRMINO: _____

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (X) ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ PA _____
 PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA (X) DIURESE: ESPONTÂNEA (X) SONDÁ () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTENCES: _____
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO (X)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL (X) VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
 CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: _____ FINAL: _____ CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: _____ FIM: _____
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO (X) QUAL: Kefazol HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM () NÃO (X)
 GARROTEAMENTO: SIM () NÃO (X) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (X) OXÍMETRO (X) CAPNÓGRAFO (X) PNI (X) ASPIRADOR MONTADO (X) MANTA TÉRMICA () AP. VÍDEO () TORPEDO DE NITROGÊNIO () TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO (X) MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM () NÃO (X)

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO (X) NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
 SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____
 CULTURA: SIM () NÃO (X) EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X) GASOMETRIA: SIM () NÃO (X) RX: SIM () NÃO (X)

ARUANA SEGUROS
 10 JUL 2017



7-CONTROLE DE INFUSÕES

SORO FISIOLÓGICO: ☐	SORO GLUCOSADO: _____	RIGUER / LACTATO: _____
GLICOFISIOLÓGICO: _____	MANITOL: _____	GELAFUNDIM: _____ ALBUMINA: _____
HEMOTRANSFUSÃO: CH () _____	PF () _____	PL () _____ HORA: _____

8-OPME

ETIQUETA	ETIQUETA
----------	----------

UTILIZADO: SIM () NÃO (x) PREENCHIMENTO DE COMANDA: SIM () NÃO (x)

9-ENCAMINHAMENTO

SRPA: (x)	UTI: ()	ENFERMARIA: ()	SETOR DE ORIGEM: ()	CASA: ()	NECROTÉRIO: ()
-----------	----------	-----------------	----------------------	-----------	-----------------

ANOTAÇÕES GERAIS

Paciente segue para SRPA

Marilda Pontes

ASSINATURA/CARRINHO TÉCNICO ENFERMAGEM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BIRCH

Sandro Ferreira da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.527.552

11.02.1998

SANDRO FERREIRA DA SILVA

JOSE ELVARDO PEREIRA DA SILVA
Carmelita Ferreira da Silva

Vitoria de Ste. Antão-PE 19.08.1975
C.N. 17060-P. 220-1. A. 14-Cart.

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
LEI Nº 11.116 DE 28/03/73

INSTITUTO DA FAMILIA
Secretaria de Registro do Estado

CPF - CADASTRO DE PESSOA FISICA

SANDRO FERREIRA DA SILVA

034893184-04

19/08/75

08/00/BI - que aplica

TRACAP - OIPOL - BIOL - OCOL - OOTV/A

ANTENAS DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Documentos de identificação



TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
SANDRO FERREIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 19/08/1975 Nº REGISTRO 0431 1756 0825 ZONA 018 REGÃO 0181

MUNICÍPIO / UF VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE DATA DE EMISSÃO 12/02/2016

Assinatura do Eleitor

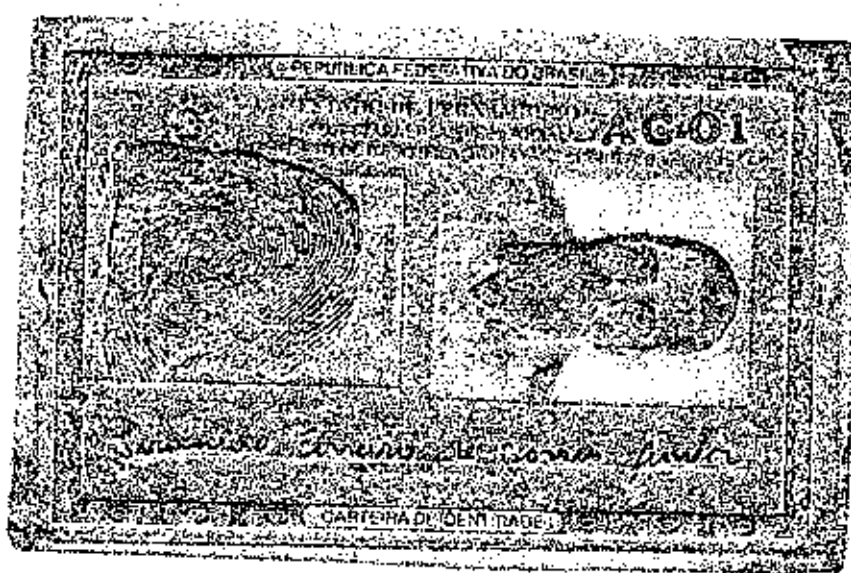
POLEMAN DIREITO

ARUANA SEGUROS

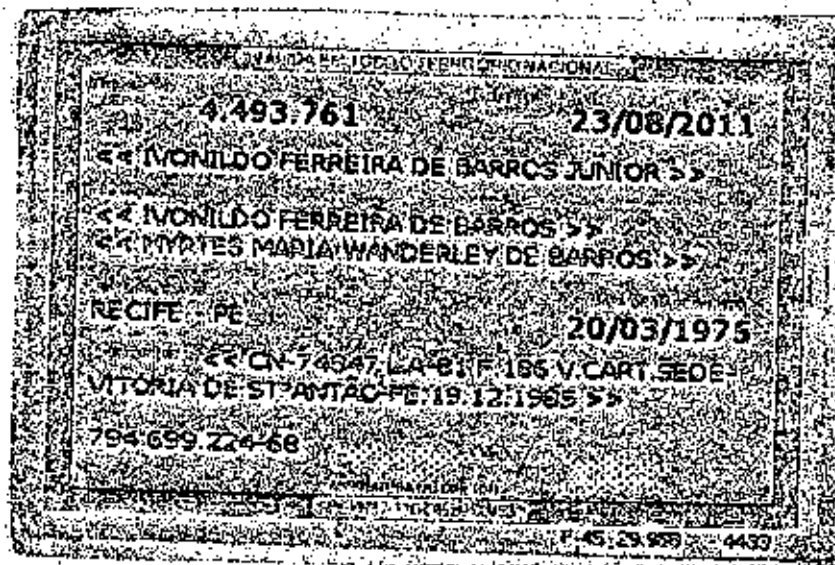
05 MAI 2017

Sandro Ferreira da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR



Documentos de identificação



ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INDUSTRIA

DETRAN PE Nº 013126281043
48755311874
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 312561660
VIA 312561660

SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS
SÍTIO ESPÍRITO SANTO 50
CASA BONA RURAL
VIT. 3TO ANTO-PE 55600-000

057417 704368
EDSON DA SILVA BARROS

RUC7959/RJ 98G244NNJCU14282
CAR/CAMINHONETE/CABERTA DIESEL

GM/CHEVROLET D20 1988 1988
190 100T/90CV PARTIC BEGE

20165870
SEM RESERVA MOTOR Nº 7LD8740B373543U

VIT. 3TO ANTO-PE 29/12/16
Charles Andrews Sousa Ribeiro

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÁNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LUGAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado responsável solidariamente pelas penalidades impostas a seus sucessores, a saber: a multa de comunicação (R\$ 9.500 - Art. 131 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB);

b) O adquirente tem prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o nome do adquirente em até 30 dias (Art. 230 do CTB);

c) É obrigatório o reconhecimento da firma do adquirente e do vendedor, autenticadas na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 386 C.P.C.



RECEBIMOS

SEGUROS

05 MAI 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO 5ºDEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DE MÃO DIREITA E LESÃO EXTENSA EM DORSO DE MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MÃO DIREITA. PREENSÃO DA MÃO REDUZIDA COM EDEMA DORSAL E DEDOS

Sequelas permanentes: HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/08/2017

Conduta mantida: Não

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 1.012,50 REFERENTE A 75% DA LESÃO DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

VÍTIMA APRESENTA ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA EM MÃO DIREITA, COMPATÍVEL COM ACIDENTE. AO MEU VER, TRATA-SE DE SEQUELA MÉDIA DE MÃO DIREITA
NOTA DO REVISOR: MANTIDA CONDUTA DO EXAMINADOR

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 39,3 %	27,51%	R\$ 3.713,85
Total			27,51 %	R\$ 3.713,85

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO INTENSA DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRURGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZACAO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MAO DIREITA. PREENSAO DA MAO PRESERVADA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/06/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: MARCUS BARRETO CONDE

CRM do médico: 52.38123-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	SANDRO FERREIRA DA SILVA		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	CASADO
Profissão:	AGRICULTOR		
Identidade:	5627 552	CPF:	034 893 184 04
Endereço:	SI ESPIRITO SANTO N: 1		

OUTORGADO:

Nome:	IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	SOLTEIRO
Profissão:			
Identidade:	4492 761	CPF:	794 699 224 68
Endereço:	R: PE FELEX BARRETO N: 13		

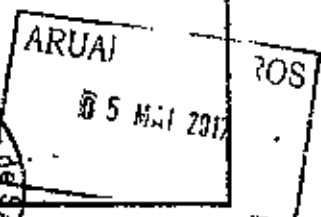
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

VITORIA PE 28-03-17

LOCAL E DATA:

Sandro Ferreira da Silva
 ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serviço Notarial e Registral José Borba	R. Melo Vazquez, 160 - Centro - CEP: 55002-020 Vitória da Santo Antão/PE - Tel.: (91) 3523-0074 castorjoseborba@hotmail.com
Reconheço por autenticidade a firma indicada de SANDRO FERREIRA DA SILVA que confere o padrão registral nesta escritura. Dou fé. Vitória da Santo Antão, 28 de março de 2017.	
Em test: José Aníbal de Sousa Borba (Escrivente) Emol.: R\$ 3,31 TGR: R\$ 1,15 - Total: R\$ 4,46 Belo 0073577-V6E03291702.03198 Consulte autenticidade em www.tpa.us.br/registro	



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DE MÃO DIREITA E LESÃO EXTENSA EM DORSO DE MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MÃO DIREITA. PREENSÃO DA MÃO REDUZIDA COM EDEMA DORSAL E DEDOS

Sequelae permanentes: HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DA MÃO DIREITA.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 02/08/2017

Conduta mantida: Não

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 1.012,50 REFERENTE A 75% DA LESÃO DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

VÍTIMA APRESENTA ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA EM MÃO DIREITA, COMPATÍVEL COM ACIDENTE. AO MEU VER, TRATA-SE DE SEQUELA MÉDIA DE MÃO DIREITA
NOTA DO REVISOR: MANTIDA CONDUTA DO EXAMINADOR

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 39,3 %	27,51%	R\$ 3.713,85
Total			27,51 %	R\$ 3.713,85

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO INTENSA DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRURGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZACAO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MAO DIREITA. PREENSAO DA MAO PRESERVADA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/06/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: MARCUS BARRETO CONDE

CRM do médico: 52.38123-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10983859

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

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, 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, 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10985635

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170248476 ASL-0173299/17

Vitima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data Acidente: 26/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Documentos de identificação ilegível

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 **ARUANA SEGUROS S/A** 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11148801

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11263045

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

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: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000626

Conta: 000000060681-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11335480

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº 11455089

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170248476 ASL-0173299/17
Vitima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11585612

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

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: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 3.713,85

Banco: 104

Agência: 000003536

Conta: 0000013303-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.713,85

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 39.3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (39.3% de 70%) 27,51%

Valor a indenizar: 27,51% x 13.500,00 =	R\$	3.713,85
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170248476 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **SANDRO FERREIRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SÍTIO ESPIRITO SANTO nº 01 - ESPIRITO SANTO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 5627552 - SSP**
Data local do exame: **21/06/2017 RECIFE/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)

FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DESDRIDAMENTO E LIMPEZA CIRURGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZACAO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MAO DIREITA. PRENSAO DA MAO PRESERVADA

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

☒ 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.

LIMITACAO INTENSA DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

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 trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

5 DEDO DA MAO DIREITA

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 21/06/2017

Médico Perito: MARCUS BARRETO CONDE CRM:52.38123-0/RJ

Marcus B. Conde
Médico
CRM 52.38123-0

Assinatura do perito Examinador - CRM

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170248476 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **SANDRO FERREIRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SÍTIO ESPIRITO SANTO nº 01 - ESPIRITO SANTO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 5627552 - SSP**
Data local do exame: **02/08/2017 RECIFE/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)

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DE MÃO DIREITA E LESÃO EXTENSA EM DORSO DE MÃO DIREITA

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MÃO DIREITA. PREENSÃO DA MÃO REDUZIDA COM EDEMA DORSAL E DEDOS

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

☒ 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.

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE MÃO DIREITA

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 trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MÃO DIREITA

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

VÍTIMA APRESENTA ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA EM MÃO DIREITA, COMPATÍVEL COM ACIDENTE. AO MEU VER, TRATA-SE DE SEQUELA MÉDIA DE MÃO DIREITA
NOTA DO REVISOR: MANTIDA CONDUTA DO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 02/08/2017

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7
Fabio S. Fernandes



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, SANDRO FERREIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 5627552EXPEDIDO POR SSPIPEEM 11/02/1998CPF 034893184-09 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO RECUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SANDRO FERREIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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 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;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa 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 inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 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/beneficiários.

Autorização de pagamento



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0026 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00060981-8

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

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

Vitória, 25 de ABRIL de 2017

LOCAL E DATA

Sandro Ferreira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

10-20-74 09:41 AM 10-20-74

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

28/03/2017 HORA: 13:03:42
DATA EFETIVAÇÃO: 28/03
CONVENIO: 000618020
OPERADOR: valeria

AGENCIA 0626
CONTA 013 00060681-8
NOME SANDRO FERREIRA DA SILVA

VALOR 5,00

COD OPERAÇÃO 449946188

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 - OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0112001304**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2017** às **17:13**

Complementa o BO Número: **17E0112001203**

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/2/2017** às **04:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 1 -**
Bairro: **CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / BR 101, PROXIMO A VITARELA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS (OUTRO)
SANDRO FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRO FERREIRA DA SILVA

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

SANDRO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CARMELITA FERREIRA DA SILVA Pai: JOSE EDUARDO PEREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 19/8/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5627552/SSP/PE (RG), 03489318404 (CPF) Estado Civil: CASADO(A)

Telefones Celulares:

- **81983187379**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1, SITIO ESPIRITO SANTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

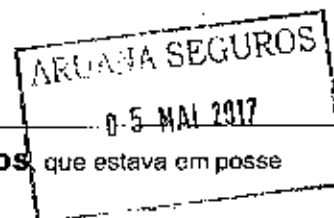
SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS**, que estava em posse

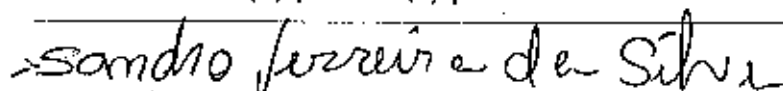


do(a) Sr(a): **SANDRO FERREIRA DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Cor: **BEGE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KUC7959** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)Descrição: **CAMINHONETE D20**

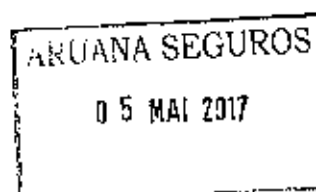
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA SANDRO FERREIRA DA SILVA NOTICIAR QUE NA MANHÃ DO DIA 26/02, POR VOLTA DAS 04:30HS, TRAFEGAVA COM O VEICULO ACIMA DESCRITO NA BR 101, E AO CHEGAR NO MUNICIPIO DO CABO DE SANTO AUGUSTINHO, PROXIMO A VITARELA, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAOTAR E BATER, DIZ A VITIMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE RECEBEU ATENDIMENTO E NO DIA DE HOJE DIANTE DO FATO DESCRITO SE DIRIGIU A VITIMA A ESTA DELEGACIA.

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



SANDRO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

8.0. registrado por: **VICTOR RODRIGUES CARDOSO DE MACÊDO** - Matrícula: **272988-1**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SANDRO FERREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 5627 552 e inscrito no CPF/MF sob o nº 034 893 181 04, residente e domiciliado na SITIO ESPIRITO SANTO N: 01 Cidade VITORIA Estado GERANANDUO, 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:

- (X) 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
- () 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 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 a 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sandro Ferreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

VITORIA 25/4/17

Local e data

ARUANA SEGUROS
05 MAI 2017



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 1817.000
EM: 03.03.17

Atendendo ao requerimento do Sr. **SANDRO FERREIRA DA SILVA**, **RG: 5627552 – SSP/PE, CPF: 034.893.184-04**, consta em nossos arquivos a ocorrência de **Nº S-300246** do dia 26 de Fevereiro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 07h 00min vítima de Capotamento. O acidente aconteceu na BR 101, S/N - próx. a Vitarella – Prazeres – Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital da Restauração.

Jaboatão dos Guararapes, 23 de Março de 2017

Valéria Vieira de Melo
Coordenação Geral SAMU 192
Jaboatão dos Guararapes

Valéria V. Melo
Coord. Enfermagem SAMU
Sec. Saúde - PMJG
Mat. 12645-0
COREN: 84536

ARUANA SEGUROS
05 MAI 2017

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: 28/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.713,85

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000013303-0

Nr. da Autenticação EB6985505728758C

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: 30/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000060681-8

Nr. da Autenticação 0F55C15F3DA4F7D2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SANDRO FERREIRA DA SILVARG nº 5 627 552, data de expedição 11/02/1998, Órgão SSP

CPF nº 034 893 184 04, 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 (Rua/Avenida/Praça)	SITIO ESPIRITO SANTO
Número	01
Apto / Complemento	SITIO
Bairro	ESPIRITO SANTO
Cidade	VITORIA DE SANTO ANTAO
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55600.000
Telefone de Contato	(81) 988776145 (81) 999016437
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VITORIA 25/4/17Assinatura do Declarante: Sandro Ferreira da Silva

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

