





## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Vanedson Souza da Sante

DATA DO ACIDENTE 09/09/2018 CPF DA VÍTIMA 299.184.268-70

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO José Belchior Souza Bileto Silveira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É procurodors

ENDERECO DO PORTADOR R. Henrique Dias N° 203 COMPLEMENTO Casa CIDADE Ap. da Margarida UF PE BAIRRO Residencial E-MAIL lufefera23@hotmail.com.br TELEFONE (84) 9991-8989

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CERTIDÃO DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS / HOSPITALARES QUITADAS (SIMPLES E LEGÍVEL)

NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* Morte = R\$ 13.500,00  
\* Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.

\* Despesas Médicas (BMS) = Reembolsado até R\$ 2.700,00 (Reembolso). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.

\* O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa.

\* Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados neste formulário.

\* Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue 0800 2400 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 2761780

NOME \_\_\_\_\_

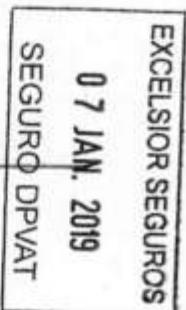
ASSINATURA \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO DE REABERTURA DE PROCESSO

EU HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA  
,procuradora de VANDELSON SIQUEIRA DOS  
SANTOS ,estou assina esta solicitação porque o  
mesmo não tem mais coordenação motora pra  
escrever a punho, ele mal consegue assinar o  
nome e venho por meio de desta carta solicitar  
reabertura de processo para que seja feito uma  
perícia médica , o mesmo não passou por  
pericia e a seguradora líder liberou um valor  
não compatível com a perca de média 75/% do  
membro superior direito ,ele tem direito de  
receber o valor correto conforme a tabela .  
Fico no aguardo

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 03/01/2019

Helenita Siqueira Liberal Sil.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula direita.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do ombro direito associado a perda da força muscular e cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 25/10/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do ombro direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 26/02/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

Vítima indenizada em 50% do Ombro direito, recebe agora indenização complementar.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula direita.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do ombro direito associado a perda da força muscular e cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 25/10/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do ombro direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 26/02/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

Vítima indenizada em 50% do Ombro direito, recebe agora indenização complementar.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO OMBRO DIREITO, NO VALOR DE R\$1.687,50.  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ \*\*VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO OMBRO DIREITO, NO VALOR DE R\$1.687,50.  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>		<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>	

# PROCURAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

**OUTORGANTE: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**, brasileiro ,autônimo ,casado, residente e domiciliado Na rua 29 de dezembro Nº 71 , **Bairro:** centro – SÃO JOSE DO EGITO- PE CEP 56700-000, portador do RG Nº **35.336.987-1** SSP/SP e CPF: **299.184.268/70.**

**Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**, brasileira, estado civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a)outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) ,para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT , o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS (a) ocorrido em 09/09/2018,conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar declarações de endereço , assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT ,para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT** , enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

SÃO JOSE DO EGITO-PE, 06/12/2018.

**OURTOGANTE** vandelson.siqueira.dos.santos



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)VANDELSON SIQUEIRAS  
DOS SANTOS  
Nasc.: 19/01/1981 - Cidad.: São Paulo - SP - RG: 35.336.987-1 - CPF: 299.184.268/70  
End.: Rua 29 de dezembro, nº 71 - Centro - São José do Egito - PE - CEP: 56700-000  
Fone: (81) 3222-1000  
Assinante: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: 06/12/2018  
Local: São José do Egito - PE  
Testemunha: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: 06/12/2018  
Local: São José do Egito - PE  
Firma reconhecida por: Maria Cláudia Reis  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: 06/12/2018  
Local: São José do Egito - PE

**Obs:** Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Cartório 2º Ofício de Notas  
Centro  
Rua Paulo Soárez nº 52 - Centro  
São José do Egito - PE  
Título: 1º Término - Rua São João, nº 100 - Centro  
Global Abraão Lincoln Ribeiro Aranha

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula direita.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do ombro direito associado a perda da força muscular e cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 25/10/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do ombro direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 26/02/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

Vítima indenizada em 50% do Ombro direito, recebe agora indenização complementar.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597078      **Cidade:** São José do Egito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS    **Data do acidente:** 09/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180597078

**Nome do(a) Examinado(a):** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA 29 DE DEZEMBRO , 71 - São José do Egito/PE - CEP 56700-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 0000000

**Data e Local do Acidente :** 09/09/2018

**Data e Local do Exame :** 26/02/2019 RUA MANOEL LOPES DA SILVA, 154 - CUSTODIA/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura de clavícula direita

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Paciente vítima de acidente no dia 09/09/2018 submetido a cirurgia no dia 27/09/2018 com alta hospitalar no dia 28/09/2018 e alta definitiva 25/10/2018

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Perda da força, perda do movimento de flexão, supinação e cicatriz com queijoide, atrofia da articulação, acromio clavicular.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Perda da força, limitação do movimento de supinação, flexão, cicatriz com queijoide, atrofia da articulação, acrômio clavicular.

**VII. Segundo 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.**

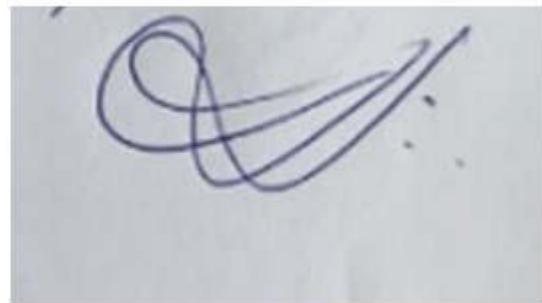
**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

- Vide motivo do impedimento no campo das observações
- ( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias
- ( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal	Região Corporal
Ombro direito	
% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve	% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve
( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input checked="" type="checkbox"/> X) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo	( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve	% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve
( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo	( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

JOAO LOPES DE BARROS FILHO CRM : 15988 / UF :PE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180597078**

**Vítima: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 09/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597078**

**Vítima:** VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 09/09/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180597078**

**Vítima: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 09/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180597078**

**Vítima: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 09/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019**

## Nº do Pedido do

**Seguro DPVAT: 3180597078**

## Vítima: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

**Data do Acidente: 09/09/2018**

## Cobertura: INVALIDEZ

**Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidé Permanent DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001296

Conta: 0000028087-4

**Tipos:** CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

299.184.268-70 Vandelson Siqueira dos santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Vandelson Siqueira dos santos

Profissão:

Receve

Endereço:

R. 29 de dezembro

CPF:

299.184.268-70

Bairro:

Centro

Cidade:

São José do Egito

Estado:

PE

CEP:

56700-000

E-mail:

AFOFORADAS + HELENITA @Hotmail.com

Tel.(DDD):

87-999129089

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (327)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1296

CONTA: 280 87

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou  
nascituro (vai nascer)?  Sim  Não

Vítima deixou  
pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 14.12.2018 São José do Egito - PE

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x vandelson siqueira dos santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Helenita Siqueira - bildele -

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURADO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS  
 19 DEZ. 2018  
 SEGURO DPVAT

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0258001312**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **09:27**

Número do Aviso de Atendimento: **BOPM/PE2310**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)**  
que aconteceu no dia **9/9/2018** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, RODOVIA ESTADUAL PE-278** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **NAS PROXIMIDADES DO SITIO RIACHÃO II**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

INDETERMINADO ( AUTOR / AGENTE )  
**FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO** ( OUTRO )  
**JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA SOUZA** ( TESTEMUNHA )  
**LINDOMAR SIQUEIRA DE LIMA** ( TESTEMUNHA )  
**VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS** ( VÍTIMA )



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sra(s): **VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**

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

**VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
 Mãe: **HERCILIA SIQUEIRA DOS SANTOS** Pai: **JOSÉ MARCELINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **30/7/1980** Naturalidade: **SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **353369871/SSP/SP (RG), 29918426870 (CPF), 03446289275 (CNH)**  
 Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
 Telefones Celulares:  
**- 87999974112**

Endereço Residencial: **RUA 28 DE DEZEMBRO, 71 - CEP: 5 - Bairro: PLANALTO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA SOUZA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO RIACHÃO II, ZONA RURAL DESTA CIDADE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL

**LINDOMAR SIQUEIRA DE LIMA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA TABELEAO JOSE PAULINO DE SIQUEIRA, 286 - CEP: 0 - Bairro: NOVO HORIZONTE - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL

**INDETERMINADO** (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURADO PVAT

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO, que estava em posse do(a) Sr(a): VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PEI7564 (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO EGITO) Renavam: 462588203 Chassi: 9C2KC1658CR537086 Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL

#### Complemento / Observação

CONFORME B.O N°2319/3ºCPM/2018 E PRESENÇA DA VÍTIMA VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS INFORMA O MESMO QUE SE DESLOCAVA DESTA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO EGITO COM DESTINO AO SÍTIO RIACHÃO II, PELA RODOVIA ESTADUAL PE-275, QUANDO ELE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA HONDA/CG-150 TITAN ESD, PLACA PEI-7564 E VEIO A CAIR FORA DA PISTA, NO AGOSTAMENTO DA RODOVIA, E QUE DE IMEDIATO AS TESTEMUNHAS ARROLADAS ENTRARAM EM CONTATO COM O CORPO DE BOMBEIROS DESTA CIDADE, OS QUAIS CHEGARAM NO LOCAL E FIZERAM A REMOÇÃO DELE VÍTIMA PARA O HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA, AONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. DANIEL HENRIQUES E ESTE CONSTATOU A FRATURA DO OMBRO DIREITO E OUTRAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE DIANTE DOS FATOS RELATADOS A VÍTIMA COMPARECEU NESTA CIRCUNSCRIÇÃO PARA REGISTRAR O PRESENTE PROCEDIMENTO PARA FINS DE DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE B.O.

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

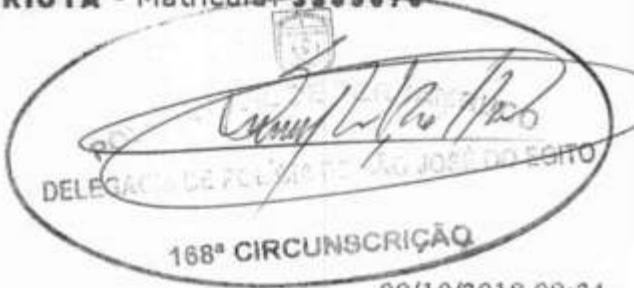
**VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**  
(VITIMA)

#### Condutor da ocorrência:

Nome: ECLESTON

Cargo: CABO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 1086316 - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: 23º BPM - 23º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR

B.O. registrado por: SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA - Matrícula: 9299076



09/10/2018 09:24

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

299.184.268-70 Vandelson Siqueira dos santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Vandelson Siqueira dos santos

Profissão:

Rovisco

Endereço:

R. 29 de dezembro

CPF:

299.184.268-70

Bairro:

Centro

Cidade:

São José do Egito

Estado:

PE

Número:

73

Complemento:

casco

E-mail:

AFOFORADAS + HELENITA @Hotmail.com

CEP:

56700-000

Tel.(DDD):

87-999129089

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (327)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1296

CONTA:

280 87

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: \_\_\_\_\_

Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim  Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 14.12.2018 São José do Egito - PE

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Vandelson Siqueira dos santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Helenita Siqueira - bildele -

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURADO DPVAT

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

08/10/11/2018. Paciente com RELEVO DE  
Queda de moto, lacrimeira, ofurado,  
respiração, em RELEVO DE dor em  
ombro DIREITO e em estertores  
em REGIÃO nasal. motivações  
PRESERVADAS.

✓ Dr. Daniel Henriquez  
CRM-PB 11374

- CP: ① Rx de ombro DIR.  
② Rx de Coluna cervical.  
③ Transtal 100mg + 100ml s.f. 0.9% ④  
④ Dipiramida 01/4A + AD ⑤ 1a:30  
⑤ Decadron 01/4A + AD ⑥  
⑥ GM Sool ⑦  
⑦ Ciprofloxacin + VLP ⑧

---

17/10/18: Operado com fracionado em  
ombro DIREITO.



# 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: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 00000028087-4

---

Nr. da Autenticação F837EA6A43DC23EA

# 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: 28/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: VANELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 00000028087-4

---

Nr. da Autenticação 1386FBBA69BFBD90



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.061.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: [www.compesta.com.br](http://www.compesta.com.br)

Nº Documento: 20181123101521 Escritório: SAO JOSE DO EGITO

## FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

**DANIELA FERREIRA SAMPAIO**  
R 29 DE DEZEMBRO, N. 00071 - CENTRO SAO JOSE DO EGITO PE 56700-000  
**INSCRIÇÃO: 136.835.024.0001-150** **GRUPO: 2**

MATRIX ID: 02310152.1 DATE: 11/2018-7

11/2018-7

RESPONSABLES: ENSEÑANZA BÁSICA DE LA UNED

SITUAÇÃO ANTERIOR LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIA COMERCIAL	INDUSTRIAL	HÓTEIS			
RIDONÔMETRO Y12U007733	DEER LEIT. ANTERIOR 24/10/2018		DATA LEIT. ATUAL: 23/11/2018		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /			
<b>ÁGUA</b> LEIT. ANT.: 473 LEIT. ATUAL: 476 LEIT. FAT.: 476	CONSUMO: 3		<b>ESGOTO</b> LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0				
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b> REFERÊNCIA/CONSUMO								
10/2018 17/ 09/2018 11/ 08/2018 10/ 07/2018 10/ 06/2018 17/ 05/2018 10/ MÉDIA 8/ 6	A K E A E A K A E							
PARÂMETROS		NÚMEROS DE AMOSTRAS			ATENDEM A LEGISLAÇÃO			
		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11		ANALÍSES REALIZADAS				
<b>TURBIDEZ</b>		42		43	43			
<b>COR APARENTE</b>		42		43	43			
<b>CLORO RESIDUAL</b>		42		43	43			
<b>COLIFORMES TOTAIS</b>		42		43	43			
<b>E.Coli</b>		42		43	43			
<b>OBSERVAÇÕES:</b>								
(1) COLIFORMES TOTAIS: Ausência em 95% das amostras examinadas.								
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.								
(3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.								

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
CONSUMO DE AGUA		3 M3	8,65


  
 EXCELSIOR SEGUROS  
 19 DEZ. 2018  
 SEGURO DPVAT

ENCARGO	VALOR DO ENCARGO	VALOR TOTAL (1)	VALOR PAGO (2)
PIS	8,65	8,65	0,14
COFINS	8,65	7,60	0,66
<b>VENCIMENTO:</b>	<b>05/12/2018</b>		
		<b>TOTAL A PAGAR:</b>	<b>8,65</b>

Enviado por: INTERNET

Environ Monit Assess (2016) 161:23–36



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

**Arpe** Agência de Regulação  
de Pernambuco  
0800-2813844

VENCIMENTO: 05/12/2018

TOTAL A PAGAR: **8,65**

8.65

• 100

#### **REFERENCES**



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Helenita Siqueira Bilelki inscrito (a) no CPF/CNPJ 589.391.134-120, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vandelson Siqueira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 299.184.2681-70, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Vandelson Siqueira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 299.184.2681-70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procurac Renda: R\$00,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. Henrique Dias</u>	Número <u>288</u>	Complemento <u>000-0</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Alagoas</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>AFOFAROAS - HELENITA @HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(87-999.12-9089</u>

Alagoas, 01 lug. PE de 21.12 de 2018  
Local e Data

Helenita Siqueira Bilelki  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO RG N° 8.987.322 SSP/RJ data de Expedição 05/09/2017 Portador do CPF N° 112.487.064-47 Com domicílio na cidade de SÃO JOSE DO EGITO /PE. Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada), na TV OSVALDO CRUZ N° 142 BAIRRO: PLANALTO, complemento CASA. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS.

Cujo condutor era: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

Veículo: PAS/MOTOCICLETA

Ano: 2012/2012

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: PEI 7504

Chassi: 9C2KC1650CR537086

Data do Acidente: 09/09/2018

Local e Data: SÃO JOSE DO EGITO / PE. 06/12/2018.

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO  
Assinatura do Declarante

Vandelson Siqueira dos Santos  
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)



Declaro por AUTENTICIDADE e firme(s) de: (1)VANDELSON SIQUEIRAK  
SANTOS, (1)FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO  
que o acidente ocorreu na data de: 09/09/2018 -  
no local: Rua Osvaldo Cruz, nº 142, Centro, São José do Egito - PE.  
Estou ciente que a autenticidade da declaração é responsabilidade do declarante.  
Firmado: MILENEVA RIBEIRO - tabelião  
Total: R\$ 9,58. Avaliado SOLENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selos (6): 0074876.HCD11201807.00497, 0074896.VAY11201807.004980003

Cartório 2º Ofício •  
Cartório de Notas n.º 32 - Centro  
Rua Pávio Soares, n.º 32 - Centro  
São José do Egito - PE  
Titular: Maria Cláudia Reis da Cunha  
Substituto: Abrão Lincoln Rafael Aragão

## Ortopedia e Traumatologia

### RECEITUÁRIO

Vanderson Ligueiro dos Santos.

Levando mísico

Vpacente sofreu fratura  
do clavículo D, sendo tre-  
tado por osteossíntese com  
fio de Pirschow e com  
fisioterapia.

CID: 542.0

05170178-



Dr. Francisco E. Melo Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PE 15.940 SBOT 11.923

Dr. Francisco E. Melo Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 15940/TEOT-11.923  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Afogados da Ingazeira - PE  
Casa de Saúde (87) 3838.1304

São José do Egito - PE  
Bem Estar (87) 3844.2942

Sertânia - PE  
Clínica Nossa Senhora do Carmo  
(87) 3841.1479

Triunfo - PE  
Clínica Odontológica  
(87) 3846.1142

# Hospital Regional Emilia Câmara

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PERNAMBUCO  
RECEITUÁRIO



Nome:

Endereço:

Nome: Vanda Lúcio Lemos  
Endereço: H.D. Fazenda das Içavais.  
Dono: Senhor

Necessito de  
exame.

Av Dermatologista

Data:

24/09/18

Médico CRM

LA'GRAFICA



## Ortopedia e Traumatologia

### RECEITUÁRIO

Vandelson Siqueira Fontes.

Franco México.

O paciente sofreu fratura do ilíaco D, sendo tratado se forma conservadora com imobilização e moldeiro.

CID: 542.1

14109118:

~~Dr. Francisco E. Melo Jr.~~  
~~Ortopedia e Traumatologia~~  
~~CRM - PE 15940 SEOT 11.923~~

**Dr. Francisco E. Melo Jr.**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 15940/TEOT-11.923  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Afogados da Ingazeira - PE  
Casa de Saúde (87) 3838.1304

São José do Egito - PE  
Bem Estar (87) 3844.2942

Sertânia - PE  
Clínica Nossa Senhora do Carmo  
(87) 3841.1479

Triunfo - PE  
Clínica Odontológica  
(87) 3846.1142

01/09/2018. Paciente com RELATO DE  
Queda de moto, lastrone, ontem, dor,  
respiração, em RELATO DE DOR EM  
OMBRO DIREITO E EM ESCORRIMENTO  
EM REGIÃO NASAL. MOTRIZES  
PRESERVADAS.

CP: ① Rx DE OMBRO DOR.

② Rx DE Coluna CERVICAL.

③ Etanol 100ml + 100ml s.f. 0.9% (f)

④ DEPINAVA OFTA + AD (a 30)

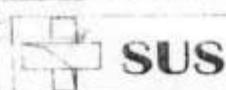
⑤ DECADEXON OFTA + AD (a)

⑥ GM Sool (a)

⑦ CEPHTHO B + VLP (a)

17/09/18: Paciente com inconforto em  
OMBRO DIREITO.





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOIDE DE MOURA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES  
2 4 2 9 4 3 8

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO: 00133628  
Nome: WANDERSON SIQUEIRA DOS SANTOS  
End: SITIO BARRO BRANCO, No:  
Bairro: ZONA RURAL  
CID: SAO JOSE DO EGITO-PE  
Nasc: 30/07/1980 Idade: 38 Anos, 2 Meses  
Mae: HERCILIA SIQUEIRA DOS SANTOS  
Pai: JOSE MARCELINO DOS SANTOS  
Profissao: AGRICULTOR  
Unidade: POSTO I/CIRURGICA  
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEM  
Medico: FRANCISCO ERLANDO DE MELO JUNIOR  
CRM: 15940  
Carteira:

REGISTRO: 00199007  
SEXO: MASCULINO  
EST. CIVIL: UNIAO ESTAVEL  
CEP: 5670000  
FONE: 87999976112

Convenio: SUS INTERNACAO  
D.Intern.: 27/09/2018 às 09:52  
Enf. LEITO 03  
CRM: 15940  
Carteira:

6 - Nº PRONTUÁRIO  
NASCIMENTO  
0 - SEXO  
Masc.  Fem.   
10 - RACA/COR  
12 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO  
DDD  N° DO TELEFONE  
14 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO  
DDD  N° DO TELEFONE  
16 - DOD IBGE MUNICIPIO  
18 - UF  
19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente infeliz dormiu no chão.  
na noite véspera e desmaiado na manhã.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fazendo o exame.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de sangue.

23 - DIAGNÓSTICOS INICIAL      24 - CID 10 PRINCIPAL      25 - CID 10 SECUNDÁRIO      26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Paciente com desmaio*      *S42*

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Exame de sangue*      *014 018 011 011510*

29 - CLÍNICA      30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO      31 - DOCUMENTO      32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Centro de Saúde*      *Planned*      *( ) CNS ( ) CPF*      *01111761583*

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE      34 - DATA DA SOLICITAÇÃO      35 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Ortopedia e Traumatologia*      *27/09/18*      *Dr. Francisco E. Lio Jr.*  
*CRM: PE 14.990*      *CRM: PE 11.440*

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO      39 - CNPJ DA SEGURADORA      40 - Nº DO BILHETE      41 - SÉRIE

*( )*      *( )*      *( )*      *( )*

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO      42 - CNPJ DA EMPRESA      43 - CNAE DA EMPRESA      44 - CBOR

*( )*      *( )*      *( )*      *( )*

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO      47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR      52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*( )*      *( )*      *( )*

48 - DOCUMENTO      49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

*( ) CNS ( ) CPF*      *( )*      *( )*

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO      51 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

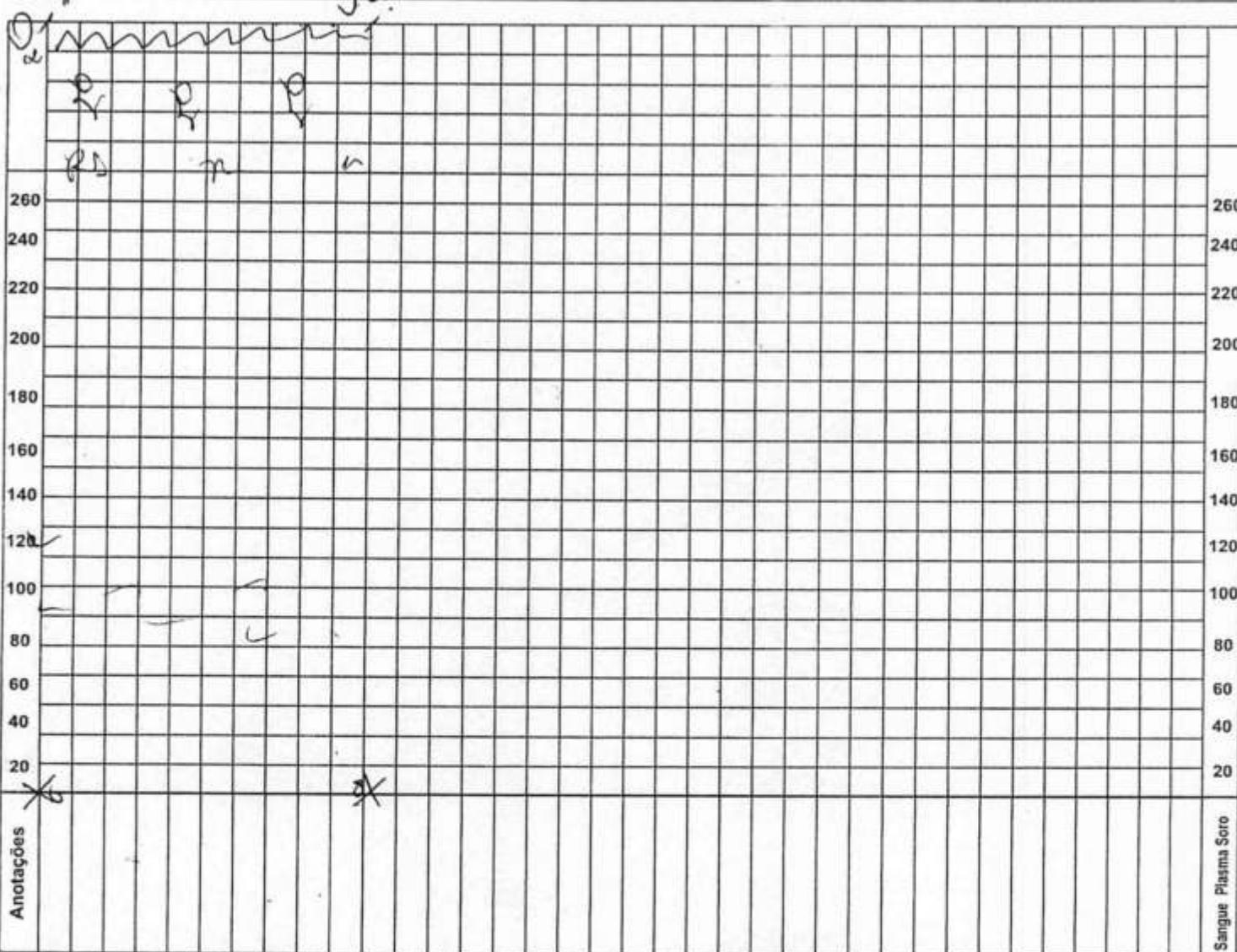
*Dr. Jefferson Rodrigues L. Amaro*  
*CPF: 088.181.344-35 - CRM: 22881*  
*Médico Autorizador SUS*

*15 / 09 / 18*

## FICHA DE ANESTESIA

Nome: Tadeu Lopes Faria Data: 12/09/16

Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Hora: 13:00 J. 300

Agente

Quant.

Técnica e tipo de Anestesia

Lidocaine 1,2%  
Opacal  
Sedal  
Relax

100  
00  
200  
200

Bloq de Flexo Ileopre

Duração da Op.: \_\_\_\_\_ Duração de Anest.: \_\_\_\_\_

Cond. no final da op.: \_\_\_\_\_ Resultado BRM Consciência: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Dr. Thais A. de Moura  
CRM: 10.100  
CPF: 719.000.014-00  
Anestesiologista

Assinatura do Anestesista

Dr. Raul C. L. Viejo Jr.  
CRM: 10.100  
CPF: 18.440.564-00  
Ortopedia e Traumatologia  
SGOT 11.927

Assinatura do Cirurgião



# Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

## FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO Nº \_\_\_\_\_

PACIENTE

RESPONSÁVEL

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

ATENÇÃO MÉDICA

NOME: \_\_\_\_\_

PROTUTARIO: 0315528  
NOME: WANDERSON SIQUEIRA DOS SANTOS  
END: SITIO BARRO GRANCO, Nro:  
BAIRRO: ZONA RURAL  
CID: 1540 JOSE DO EGITO PE  
Nasc: 30/07/1980 Idade: 38 Anos, 2 Meses  
Mae: HERCILIA SIQUEIRA DOS SANTOS  
Pai: JOSE MARCELINO DOS SANTOS  
Profissao: AGRICULTOR  
Unidades: POSTO 1/CIRURGICA  
Servicos: CLINICA CIRURGICA DE HOMEM  
Medico: FRANCISCO ERLANDO DE MELO JUNIOR  
CRM: 7048037/5446722

REGISTRO: 00199007

SEXO: MASCULINO  
EST.CIVIL: UNIÃO ESTAVEL  
CEP: 5670000  
FONE: 07330074112

IA: \_\_\_\_\_

TADO CIVIL: \_\_\_\_\_

2

SEXO: \_\_\_\_\_

NATURAL: \_\_\_\_\_

ENDEREC: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

Nº DOCU: \_\_\_\_\_

Convenio: SUS INTERNAÇÃO  
D. Inter.: 27/09/2018 às 09:52  
Enf.: LEITO 03  
CRM: 15940  
Carteira:

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

Nº DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

INTERNADO POR ORDEM DE: \_\_\_\_\_

ASS. DO MÉDICO - CRM

Dr. Francisco E. L. Liao Jr.  
CRM PE 15.940 SCOT 11.923  
Ortopedia e Traumatologia

LOCAL DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

NATUREZA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CASUAL               | <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO           |
| <input type="checkbox"/> QUEDA                | <input type="checkbox"/> AGRESSÃO              |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO | <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DO TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> OUTRAS CAUSAS         |

 CLÍNICA CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_\_\_ MX \_\_\_\_\_ NN \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ BPM

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

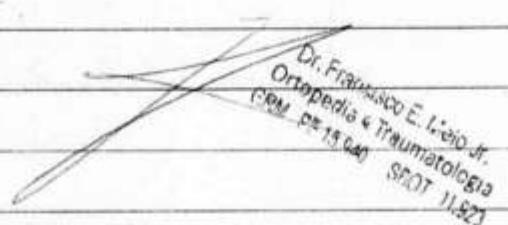
Paciente sofreu fratura no ombro  
nos braços doloroso e respiração

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: \_\_\_\_\_

Dr. Francisco E. L. Liao Jr.  
CRM PE 15.940 SCOT 11.923  
Ortopedia e Traumatologia

# V

## Relatório de Operação

Nome do Paciente		Tatiane Siqueira Soares	Número do Registro 153628
Clinica	Geositolopio		Número do Leito
Operador	Fábio L. Melo Jr.		
1º Assistente			2º Assistente
Instrumentador			Anestesista Thales
Anestesia			Duração
Data da Operação 27/11/978.	Inicio		Fim
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura na clavícula D.		
Diagnóstico Pós-Operatório	Urgente.		
Operação Proposta	Ressecção cometa + osteosíntese		
<b>Descrição do Ato Operatório</b>			
<p>1 - Posicione o paciente na DHH sob anestesia.</p> <p>2 - Antepõa o estilete e coloque esterilizado.</p> <p>3 - Faça incisão na face interna - superior da clavícula.</p> <p>4 - Desvole a pele plana, identificação da fratura na clavícula D.</p> <p>5 - Realize a reseção cometa da fratura da clavícula D, com osteosíntese via fio de Kirschner interpondo.</p> <p>6 - Feche os tecidos.</p> <p>7 - Curativo imprevisível.</p>			
 Dr. FRANCISCO E. Lello Jr. Ortopedia & Traumatologia CRM PE 15.628 SP07 11.823			

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica: Fratura do clavíleo I

**Condições de Alta**

Curado \_\_\_\_\_  Tempo de Permanência Hospitalar \_\_\_\_\_ dias

Melhorando \_\_\_\_\_  Óbito em \_\_\_\_\_ Motivo:

Inalterado \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Decisão Médica \_\_\_\_\_

Piorado \_\_\_\_\_ + 48 Horas \_\_\_\_\_ Alta Pedida \_\_\_\_\_

Óbito \_\_\_\_\_ - 48 Horas \_\_\_\_\_ Transferência \_\_\_\_\_

Indisciplina \_\_\_\_\_

Transferido para \_\_\_\_\_

Diagnóstico definido: Fratura do clavíleo I.

Tratamento: Reforço concreto + osteosíntese

Diagnóstico anátomo-Paratológico \_\_\_\_\_

Data: 28/09/78

Ass. do Médico - CRM  
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Dr. Francisco L. Lima Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 15.940 SROT 11.523



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome do Paciente: Isabelva Siqueira Soárez

Registro N°: 103621

Clinica: Dermatologia

Ent.

Leito N°.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/09/18	18	<p>#P: Perda de dente I</p> <p>Pedindo gengiva cometa + osteotomia da clínula</p> <p>CO: Fazendo no molar</p> <p>Dr. Francisco E. Lino Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM PE 13.646 SBO 11.923</p>
28/09/18	13:00	<p>Perdeu molar I, na arcada</p> <p>A morteira não tem gengiva</p> <p>CO: Até bruxite</p> <p>Dr. Francisco E. Lino Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM PE 13.646 SBO 11.923</p>



# Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

## Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente:

Hipótese Diagnóstica: Fratura do clavílio D. Enfermaria:

Leito:

Registro Nº:

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO
27/09/18	1 - Fruta Línea		
	2 - SF- U, 91 - 1000 mL TU 1x800ml/dia	10h cas	10h 28
	3 - Cefotino 1g DU 6/6hs.	10h 28	10h 28
	4 - Paracetamol 750mg IV, 6/6hs.	10h 28	10h 28
	5 - Fizotil 750mg IV, 72/72hs.	10h 28	10h 28
	6 - CCC 6 + SS 55	Cilante	
28/09/18	NETO Hospital		

Dr. Francisco Melo Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 15.940

Dr. Francisco Melo Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 15.940

## INTERCORRENCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO

Materiais Utilizados Data 27/09/18

Equipo

Cateter Jelco

Scalp

Esparadapo

Algodão Bola

Luva Procedimento

Seringa 5cc

Seringa 10cc

Seringa 20cc

Seringa Insulina

Multivias

Aguilhas Descartáveis

Outros:

## INTERCORRENCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO

Materiais Utilizados Data 27/09/18

Equipo

Cateter Jelco

Scalp

Esparadapo

Algodão Bola

Luva Procedimento

Seringa 5cc

Seringa 10cc

Seringa 20cc

Seringa Insulina

Multivias

Aguilhas Descartáveis

Outros:

## INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO

DATA: 27/09/18 HORA:

paciente admitida na Clínica Cirúrgica para submeter a uma cirurgia, segue com cuidados de enfermagem.

paciente admittida na Clínica Cirúrgica para submeter a uma cirurgia, segue com cuidados de enfermagem.

## INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO

DATA: 27/09/18 HORA:

paciente admittida na Clínica Cirúrgica para submeter a uma cirurgia, segue com cuidados de enfermagem.

paciente admittida na Clínica Cirúrgica para submeter a uma cirurgia, segue com cuidados de enfermagem.



CASA DE SAÚDE

Dr. JOSÉ EVOXIDE DE MOURA

# CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOXIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediátrica, Ortopedia, Traumatologia Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Video Laparoscopia Diagnóstica, Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiotocografia Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparicio Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

## COMISSÃO TÉCNICA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO

Nome: Vanderson Siqueira dos Santos Prontuário: 153628

Nº Documento:

Sexo: ( ) F ( ) M Idade: 38 Anos Data de Internação: 27/09/18

Clinica: Cirurgica Alta em: \_\_\_\_\_

Óbito: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Associado à infecção ( ) Outras causas ( )

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_

Tipo: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente contaminada ( ) Infectada

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Parto Transpélvico: ( ) Sim ( ) Não Obstetra: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Bolsa Rota: ( ) Não ( ) Sim Nº de Horas: \_\_\_\_\_

Episiorrafia: ( ) Sim ( ) Não Placenta ( ) Completa ( ) Incompleta

## PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

- |                          |                      |                     |
|--------------------------|----------------------|---------------------|
| ( ) Assist. Ventilatória | ( ) Dissecção Venosa | ( ) Punção Lombar   |
| ( ) Biópsia              | ( ) Entubação        | ( ) Punção Toxáxica |
| ( ) Cateterismo Vesical  | ( ) NPT              | ( ) Hemotransfusão  |
| ( ) Cateterismo Venoso   | ( ) Nebulização      | ( ) Traqueostomia   |
| ( ) Punção Venosa        | ( ) Punção Abdominal | ( ) _____           |
- Infecção: ( ) Sim ( ) Não ( ) Comunitária ( ) Hospitalar ( ) Ambas

## LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR (MARCAR COM X)

- |                       |                |                      |
|-----------------------|----------------|----------------------|
| ( ) Coto Umbilical    | ( ) Ocular     | ( ) Puerperal        |
| ( ) Cutânea Cirúrgica | ( ) Ouvido     | ( ) Respiratória     |
| ( ) Ferida Cirúrgica  | ( ) Oral       | ( ) Urinária         |
| ( ) Gastro Intestinal | ( ) Peritonial | ( ) Venosa (flebite) |
| ( ) Outras _____      | ( ) _____      | ( ) _____            |

USO DE ANTIMICROBIANO ( ) Não ( ) Sim ( ) Profilático ( ) Ambos

Tipos	Dose	Data/Inicio	Data/Término
<u>Geflotim</u>	<u>1g D0, 8162z</u>	<u>27/09/18</u>	<u>25/09/18</u>
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
Cultura: ( ) Sim ( ) Não	Tipos:	Data/Coleta	Resultados
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

Dr. Raimundo E. L. M. Jr.  
Ortopedista e Traumatólogo



CASA DE SAÚDE  
Dr. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

# CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C CNPJ: 11.469.145/0001-52  
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

## SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM SAE

ENF: LEITO:

DATA: 27/09/15

NOME:

Danielson S. dos Santos

### PREScrição DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	ROTINA
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ATENÇÃO
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUÍDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2°	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUENCIA NÁUSEAS E VÔMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR ( TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNEIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORÁRIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE _____ / H	
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS, LAVAR SONDAS APÓS A DIETA	
	ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO _____ / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE SPO <sub>2</sub> <92%	SECRETARIA DE
	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORÁRIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A _____ GRAUS PARA REPOUSO, E _____ GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGENIOTERAPIA L/M - UMIDIFICADA S/N	
X	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	Comunicar
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	
R.	REALIZAR CURATIVO 01 X AO DIA EM REGIÃO: F.O.	J. Henrique
	REALIZAR HGT DE _____ / _____ COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT>150MG/DL	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
*	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	
	TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE ( )SIM ( ) NÃO	

Érika Veras M.B.S.  
Enfermeira  
LEN-PE-318-BU-



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ ERMÍRIO DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparicio Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

## SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE

CLINICA MÉDICA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:	Vanderson Souza dos Santos	SEXO:	M
ENF.:	LEITO:	DATA:	21/09/18

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06	CONSCIENTE	( ) ALERTA	( ) SEDADO	( ) SONOLENTO	( ) TORPOROSO
PA					DIURESE					( ) COMATOSO				
T					SNG					( ) INCONSCIENTE				
P					DRENO TORAX					OUTROS:				
R					OUTROS									
SpO2					TOTAL									
HGT														

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUporte VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEAS <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> CATETER O <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> VENTURI	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDIÁCOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
<input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOSFIGMÍCOS <input type="checkbox"/> BRADISFIGMÍCOS <input type="checkbox"/> TRAQUISFIGMÍCOS	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> HIPOTENSO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TIPO: _____	VSC: D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> VJI: D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> PVC: _____

## SISTEMA DIGESTIVO

TIPO DE ABDOME	RUÍDOS HIDROAÉREOS	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
<input checked="" type="checkbox"/> GLOBO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> N.V.O. <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PARENTERAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> MELENA	<input type="checkbox"/> PENROSE <input type="checkbox"/> OSTOMIA <input type="checkbox"/> NENHUMA TIPO: _____

## SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA INTEGRA	ASPECTO DA URINA		
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CONCENTRADAS <input type="checkbox"/> LIMPIDA	<input type="checkbox"/> CÍTRICO <input type="checkbox"/> COLÚRICA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA	<input type="checkbox"/> ANURIA <input type="checkbox"/> POLIÚRIA <input type="checkbox"/> PIÚRIA

## AVALIAÇÃO DA PELE

## FERIDA OPERATÓRIA

<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> DESIDRATADA <input type="checkbox"/> NORMOCORADA <input type="checkbox"/> HIPOCORADA	<input type="checkbox"/> ICTÉRICA <input type="checkbox"/> ANICTÉRICA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> EDEMACIADA <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> ESCORIADA	<input type="checkbox"/> ULCERA P/ PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ASPECTO <input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> INFECTADA	EXSUDATO <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE ASPECTO: _____
--	--	---	---	---	---

## OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	LOCAL	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> CIANÓTICO



# CASA DE SAÚDE Dr. JOSÉ EVOIDE DE MOURA

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação  
Nome: Vanderson Siqueira dos Santos Registro: 199007  
Data de admissão: 27/09/18 Leito: Idade: 38 Sexo: (M) ( ) F

### 2. Queixa principal e História da doença atual

Fratura de colarínula

### 3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo

### 4. Antecedentes Pessoais:

Cardiopatias  Doenças degenerativas  Tabagismo  obesidade  
 Distúrbios psiquiátricos  Alcoolismo  Alergias  HAS  DM  
 Uso de drogas  Outras  Tuberculose

### NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

### 5. Exame Físico

#### 5.1 Estado Geral:

Grave  Hidratado  
 Regular  Desidratado  Normocarulado  Afebril  Anictérico  Palidez  
 Bom  Anasarca  Hipocorado  Ictérico  Cianose

Tegumento/Pele:

#### 5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:  
 Consciente  Sonolento  Torporoso  Comatoso  Desorientado  Orientado  Sob sedação

#### 5.3 Sistema Respiratório

Contínua  Espontânea  Suporte Mecânico  
 Eupnélico  Dispnélico  Espontânea  
02 suplementar l/min Cateter nasal  Macronebulização  Máscara  
Dreno torácico  Sim  Não Local:

Aspecto da drenagem:  
Murmúrios Vesiculares:  Presente  Ausente  Diminuído Local:  
Ruidos Adventícios:  Ronco  Sibilos  Estenores  Crepitantes Local:  
Tosse:  Presente  Ausente  Seca  Produtiva

#### 5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco:  Regular  Irregular Ausculta:  
P脉:  Filiforme  Cheio  Ausente

#### 5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome:  Flácido  Tenso  Distendido  Doloroso  Plano  Globoso  
Ascítico

Ruidos Hidroáreos:  Presente  Ausente  Hiperativos  Hipoativos  SNG  SNE  SGO  Gavagem  Drenagem  
Eliminações Intestinais:  Constipação  Diarréia  Normais  Flatos  Melena  Enterorrágia

Ernese:  Presentes  Ausentes Aspecto:

5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese:  Presente  Ausente  Espontânea  SVD  SVA  Cistostomia  Uripeim

Aspecto:

5.7 Sistema Musculo-esquelético:

Mobilidade:  Ativa  Passiva

Momentos Conservados:  Sim  Não Local:

Força Motora: Conservada  Sim  Não

MMSS:

Mmll:

Observações do enfermeiro:

Necessidades Psicossociais

Altitudes:  Cooperativo  Não cooperativo  Agitado  Choroso  Calmo  Ansioso

Nível sócio-econômico: Classe social:  Alta  Média  Baixa

Condições de Moradia:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual:  Sim  Não

Aceita visita para acompanhamento religioso:  Sim  Não

Erika Véras M. dos Santos  
Enfermeira  
COREN-PE 318.860



CASA DE SAÚDE

Dr. JOSE EVOIDE DE MOURA

## CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediátrica, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletronecefalograma, Video-Laparoscopia Diagnóstica, Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiotocografia Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu, Vandereson Silveira

dez dez fui internado(a) pelo SUS neste Centro

Hospitalar Dr. José Eivoide de Moura no dia 27 09 18

E NÃO PAGUEI absolutamente nenhuma importância pelos serviços médicos, hospitalar, laboratorial ou serviços de enfermagem no tratamento de minha doença.

Afogados da Ingazeira - PE, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Daniel Fernandes Soárez

Assinatura do Paciente ou Responsável

# HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Praça da Bandeira, S/N - São José do Egito - PE  
Telefone: (0xx87) 3844-1192

Paciente: **VANDELSON S. SANTOS-3**  
Idade : 38 Anos

No.: 00624771/01  
Data: 19/09/2018 08:56  
Destino: GERAL  
Convênio: SUS

OBS: INR 1.16  
URGENTE

Material: SANGUE  
HEMOGRAMA COMPLETO

Referências

### ERITROGRAMA:

Hematócrito.....	45,80 %	( 36,00 a 47,00 )
Hemoglobina.....	15,30 g/dl	( 11,50 a 16,00 )
Hemácias.....	5,40 milhões/mm <sup>3</sup>	( 4,00 a 5,60 )
Volume Corpuscular Médio (VCM)	84 fl	( 80 a 97 )
Hemoglobina Corp. Média (HCM)	28 pg	( 27 a 31 )
Concentração Hemoglobina (CHCM)	33 %	( 33 a 37 )

### LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....	9.000 /mm <sup>3</sup>	( 4.000 a 10.000 )
Basófilos.....	0 %	0/mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	6 %	540/mm <sup>3</sup>
Mielócitos.....	0 %	0/mm <sup>3</sup>
Metamielócitos.....	0 %	0/mm <sup>3</sup>
Bastões.....	0 %	0/mm <sup>3</sup>
Segmentados.....	69 %	6.210/mm <sup>3</sup>
Linfócitos.....	22 %	1.980/mm <sup>3</sup>
Monócitos.....	3 %	270/mm <sup>3</sup>
PLAQUETAS.....	366.000 /mm <sup>3</sup>	

### HEMATOSCOPIA:

Normocitose com saturação hemoglobínica normal.  
Plaquetas morfo e numéricamente normais.  
Leucócitos sem alterações morfológicas.

S. José do Egito, 20 de Setembro de 2018

Responsável Técnico

Benicio Campos dos A. Júnior  
Biomédico  
CRM 22. Reeli 119

**HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**  
Praça da Bandeira, S/N - São José do Egito - PE  
Telefone: (0xx87) 3844-1192

Paciente: **VANDELSON S. SANTOS-3**  
Idade : 38 Anos

No.: 00624771/02  
Data: 19/09/2018 08:56  
Destino: GERAL  
Convênio: SUS

Material: SANGUE	Referências
TEMPO DE COAGULACAO-LEE WHITE	
RESULTADO .....	9,00 minutos ( 5,00 a 11,00 )
Material: SANGUE	Referências
TEMPO DE SANGRAMENTO	
RESULTADO .....	1,00 minutos ( 1,00 a 3,00 )
Material: SANGUE	Referências
TEMPO E ATIV.PROTROMBINICA	
TEMPO DO PACIENTE:.....	14,50 segundos
TEMPO CONTROLE.....	12,60 segundos
ATIVIDADE PROTROMBINICA:.....	64,00 %
Material: SANGUE	Referências
TROMBOPLASTINA PARCIAL - PTT	
TEMPO DO PACIENTE:.....	29,10 segundos ( 30,00 a 45,00 )
TEMPO CONTROLE.....	36,40 segundos
Material: SANGUE	Referências
GRUPO SANGUINEO	
RESULTADO .....	"O"
Material: SANGUE	Referências
FATOR Rho(D)	
Resultado.....	POSITIVO

S.José do Egito, 20 de Setembro de 2018

Responsável Técnico

Benicio Campos dos Anjos  
Bio-médico  
CRBM 2a Região 1110

**HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**  
Praça da Bandeira, S/N - São José do Egito  
Telefone: (0xx87) 3844-1192

**EXCELSIOR SEGUROS**  
**19 DEZ. 2018**  
**SEGURO DPVAT**

Paciente: **VANDELSON S. SANTOS-3**  
Idade : 38 Anos

No.: 00624771/03  
Data: 19/09/2018 08:56  
Destino: GERAL  
Convênio: SUS

Material: SANGUE  
GLICOSE

Referências

RESULTADO ..... 94,00 mg/dl ( 70,00 a 110,00 )  
Método: Hexoquinase.

Material: SANGUE  
UREIA

Referências

RESULTADO ..... 43,00 mg/dl ( 10,00 a 50,00 )  
Método: Urease Colorimétrico.

Material: SANGUE  
CREATININA

Referências

RESULTADO ..... 1,30 mg/dl ( 0,40 a 1,30 )  
Método: Cinético.

S. José do Egito, 20 de Setembro de 2018

Responsável Técnico

Denaldo Campôs dos Anjos  
Biomédico  
CRM 2a. Região 1119

## LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Vandelson Siqueira dos Santos, 38 anos de idade, tem diagnóstico de fratura da cavícula direita, devido um acidente automobilístico, ficando imobilizado e apresentando diversas alterações fisiomotoras,

Na avaliação fisioterapêutica apresenta disfunções motoras e sensitivas, em todo membro superior direito, tendo perda de movimentos e força no ombro, cotovelo, punho e artelhos direito, também em todo trajeto tem perda de sensibilidade em alguns pontos.

Realiza sessões de fisioterapia motora e analgésica (osteopatia, Hidroterapia, corrente russo, e exercícios funcionais), os cinco dias da semana, desde dia 20 de novembro de 2018, com objetivo preventivo e de recuperação, nesta unidade, ainda não mostra nenhuma recuperação, significativa, não tem possibilidade de volta ao trabalho, por tempo indeterminado, seguindo o período de reabilitação.

Lígia Karla de Souza Ramos

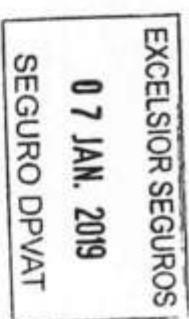
FISIOTERAPEUTA

LÍGIA KARLA DE SOUZA RAMOS

CREFITO 177853

São José do Egito, 20 de dezembro, 2018.

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DR LÍGIA KARLA DE SOUZA RAMOS



0658032118

Dr. Fred Veras  
Reumatologia  
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Vandelson Siqueira dos Santos

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 09 de setembro de 2018 em PE – 275 – São José do Egito – PE eu entrada no Hospital Municipal local e transferido para CHJEM – Afogados da Ingazeira – PE onde recebeu atendimento médico para redução cirúrgica com fixação fratura da clavícula D recebendo alta hospitalar dia 28 de setembro de 2018 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 25 de outubro de 2018.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela perda de 100% de todas as funções mecânicas e motoras ativas e passivas da cintura escapular D por luxação crônica não reduzida e com 140 dias de evolução pós traumática por queda de motocicleta e osteossíntese com fixação fratura da diáfise da clavícula D.

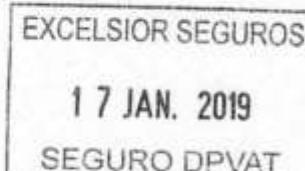
Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico.

**PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.**

Sequelas gravíssimas devido a luxação escapulo umeral traumática submetido a tratamento inadequado durante todo transcorrer do tratamento realizado.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 16 de janeiro de 2019

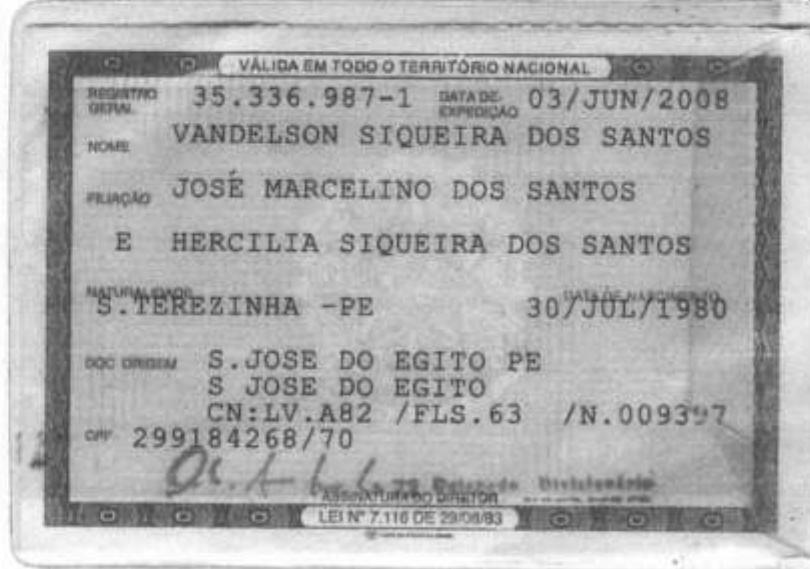


  
Dr. Fred Veras  
Reumatologia/Ortopedia  
CRM 6688-PE / CNPJ 129.098.314-34

Av. Apuríco Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38381304



EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURADO DPVAT





EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

