

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.987,322 05/09/2017

MINISTRO  
GEM

NOME

<< FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO >>

PLURIAÇÃO

<< JOSÉ SALVADOR DOS SANTOS >>

<< ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS >>

NATURALIDADE

SÃO PEDRO DA ALDEIA - RJ 16/09/1991

DOC ORDEM << CM 2064 LAA3 F 217V CART.IGUABA

GRANDE-RJ 12.10.1992 >>

CPF

112.487.064-47

ASSINATURA DO DETENTOR

11/11/2017 11:16 DE 23/08/2017

INSCRIÇÃO DE VEÍCULO

5-76-75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

02R-38

FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

19/11/2017 11:16 DE 23/08/2017

5-76-75

EXCELSIOR SEGUROS

19 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

## NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-907  
CNPJ 10.856.832/0001-08 | Insc. Est. 0008943-35 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

#### DADOS DO CLIENTE

**DADOS DO CLIENTE**  
**AFFILIADO: 00000000000000000000**

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ENDEREÇO DA UNIDADE:  
TV OSVALDO CRUZ 14

1044 2007年12月

PLANALTO/SÃO JOSE DO EGITO  
SÃO JOSE DO EGITO-PE  
52700-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1- RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
MORTISSE

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4009599920	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
18/10/2013	10/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,33

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
034728254	UNICA	10/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/10/2018	2051821464	254 / 107

#### PERFECÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água/VVWV	55.0000000	0.7308000	40.18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3.85
Contrib. Lim. Pública Municipal			3.13
ICMS Subvenção-CDE-NF 027226350-08/08/18			0.38
Multa por atraso-NF 027226350-08/08/18			1.01
Juros por atraso-NF 027226350-08/08/18			0.49
Atualização IGP-M-NF 027226350-08/08/18			0.29

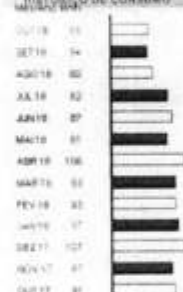
TOTAL DA FATURA

4911

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
940746L	(A)	DATA 10/02/2018	LEITURA 7.521,50	DATA 10/02/2018	LEITURA 7.475,90	30	1.0000		45,60

## Interés de consumo



## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	95% CI Lower Bound	%	95% CI Upper Bound
44.12	25.34		1.11
44.33	2.94		2
44.53	2.99		3

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Carregio da Energia	93	15,10	35,38%
Transferência	99	1,90	4,32%
Distribuição da Energia	91	9,80	20,74%
Perdas da Energia	91	2,74	6,34%
Energias Setoriais	91	2,24	5,00%
Excedente	98	12,39	28,65%
Total	88	64,83	100%

### CASES APLAZADOS

100% (100%)

## INFORMACIÓES IMPORTANTES

[illegible]

As a result, last year's low turnout in the runoff election (50 percent) was not a surprise. The turnout in the runoff election was 50 percent, which is a low turnout for a runoff election in the state.

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO PRIVAT

comando e frequência das intervenções

	SALDO INICIAL	LIMITES MENSUAIS	LIMITES TRIMESTRAIS	LIMITES ANUAIS
ENC	0,00	0,79	11,58	23,16
ENC	0,00	3,40	9,95	19,90
ENC	0,00	0,37	0,95	0,95

Fonte: INEP, CENSA.

## Módulo de Tensão

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

TÍTULO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
--------	---------	--------------------	---------------------

49.33

0 49330011004-4 00959992010-0 12996856873-9



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Vinícius Henrique das Santos  
 DATA DO ACIDENTE 09.09.2018 CPF DA VITIMA 293.184.268-70  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Helene da Silva  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VITIMA É Procuradora  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Henrique Dias  
 Nº 208 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro  
 CIDADE Aracaju UF SE CEP 56800-000  
 E-MAIL helenadassilva@outlook.com TELEFONE (84) 99918-9083

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS  
 19 DEZ. 2018  
 SEGURO DPVAT

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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 (DAMS) = REEMBOLSO 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE 2761780  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO DE REABERTURA DE PROCESSO

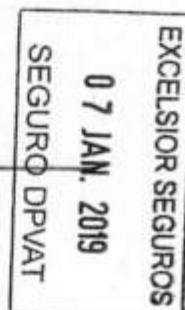
EU HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

,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 Silva*



# 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

**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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# 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

**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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# 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 - OSTEOSSÍNTESE 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# 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:** 19/02/2019

**Valoração 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
Total			0 %	R\$ 0,00

# 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:** 19/02/2019

**Valoração 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
Total			0 %	R\$ 0,00

# PROCURAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

**OUTORGANTE: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**, brasileiro, autônomo, 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, estada 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.

OUTORGANTE Vanelson Siqueira dos Santos



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS  
Ouv fe. São José do Egito, quinta-feira, 6 de dezembro de 2018 -  
Testemunho da verdade.  
TITULA CLOTILDE RAFAEL - Tabelião  
CNPJ: 0974896.CNPJ11201807.004994  
Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Cartório 2º Ofício  
Rua Paulo Soares, nº 32 - Centro  
São José do Egito - PE  
Título Maria Clotilde Rafael  
Subst. Abrão Lincoln Rafael Araújo

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

# 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

**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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

**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 :** 00000000

**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  
queloide, 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  
queloide, atrofia da articulação, acromio 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 às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

Ombro direito

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 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



---

**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



---

**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: INTERRUPTÃO 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

Pag. 01671/01672 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13838867



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

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%

% Invalidez Permanente 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

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne 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:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

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

CPF:

299.184.268-70

Profissão:

Recuso

Endereço:

R. 29 de dezembro

Número:

73

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

São José do Egito

Estado:

PE

CEP:

56700-000

E-mail:

PROFARDAS + HELENITA@hotmail.com

Tel.(DDD):

87-993129089

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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itiú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3296

CONTA:

280 87

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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: 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 Bilalza

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura



(\*) 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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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-275 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO  
EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NAS PROXIMIDADES  
DO SÍTIO 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)  
Sr(a): **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), 03440289275 (CNH)**  
Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Telefones Celulares:  
**- 87999974112**

Endereço Residencial: **RUA 20 DE DEZEMBRO, 71 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - SAO JOSE  
DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

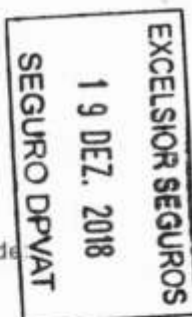
**FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



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

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



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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** 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: **PEI7504** (PERNAMBUCO/SÃO JOSÉ DO EGITO) Renavam: **402582203** Chassi: **9C2KC1650CR537086**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

#### Complemento / Observação

CONFORME B.O N°2310/3°CPM/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-7504 E VEIO A CAIR FORA DA PISTA, NO ACOSTAMENTO 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

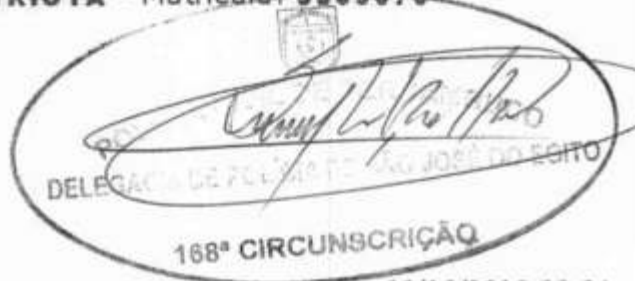
**VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS**  
(VITIMA)

#### Condutor da ocorrência:

Nome: **ECLESTON**

Cargo: **CABO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **1026316** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **23º. BPM - 23º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**

B.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA** - Matrícula: **3209070**



09/10/2018 09:24



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

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

CPF:

299.184.268-70

Profissão:

Recuso

Endereço:

R. 29 de dezembro

Número:

73

Complemento:

caso

Bairro:

Centro

Cidade:

São José do Egito

Estado:

PE

CEP:

56700-000

E-mail:

PROFARDAS + HELENITA@hotmail.com

Tel. (DDD):

87-993129089

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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3296

CONTA:

280 87

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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: 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 Bilalza

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura



(\*) 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.

09/10/18. Paciente em RELATO DE

Queda de moto, laço de, orientado,  
responsivo, em RELATO DE dor em  
ombro direito e em escoriações  
em região nasal. Múltiplas  
presenças.

CP: ① RX de ombro dir.

② RX de coluna cervical.

③ Tramadol 100mg + 100ml s.f. 0.9% (u)

④ Difenidramina 01KA + AD (u)

⑤ Dexametasona 01KA + AD (u)

⑥ GM 500ml (u)

⑦ Curpctao B + UTP (u)

17/10/18. Paciente em Incómodo 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: 000000028087-4

---

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: VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000028087-4

---

Nr. da Autenticação 1386FBBA69BFBD90



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20181123101521

Escritório: SAO JOSE DO EGITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

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

MATRÍCULA:

02310152.1

11/2018-7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02310152.1

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAZ	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
LIGADO	POTENCIAL	1				
RIDRÔMETRO Y120007733	DESA LEIT. ANTERIOR 24/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 23/11/2018	TIPO DE CONFORMA(A/R) REAL /			

ÁGUA

LEIT. ANT.: 473

CONSUMO: 3

LEIT. ATUAL: 476

LEIT. FAT.: 476

ESGOTO

LEIT. ANT.:

VOLUME: 0

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA/CONSUMO

10/2018	17	A	1
09/2018	11	A	1
08/2018	10	A	1
07/2018	10	A	1
06/2018	17	A	1
05/2018	10	A	1
MÉDIA	9	0	2

PARÂMETROS

NÚMEROS DE AMOSTRAS

EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDEN A
MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	42	43
COR APARENTE	42	43
CLORO RESIDUAL	42	43
COLIFORMES TOTAIS	42	43
E.Coli	42	43

OBSERVAÇÕES: (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\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

R\$ 65

EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

ENCARGOS	TAXA DE CÂMBIO	RESIDENCIAL (1)	UNIDADE DE CÂMBIO
PIS	8,65	1,65	0,14
COPINS	8,65	7,60	0,66

VENCIMENTO: 05/12/2018

TOTAL A PAGAR: 8,65

Entido por: INTERNET

Entido em: 16/12/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação  
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

02310152.1

11/2018-7

VENCIMENTO: 05/12/2018

TOTAL A PAGAR: 8,65

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### DADOS DO CLIENTE

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FUA HENRIQUE DIAS, 208

CNPJ TO 221-48603401-73

M = 50 PROTOCULO

CENTROAFOGADOS DA INGAZEIRA  
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE  
58800-000

CLASSIFICAÇÃO  
B3 COMERCIAL  
COMERCIAL

201812010870

Nº DA NOTA FISCAL	VOLUME	PERÍODO
0296720345	UNICA	10/11/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/11/2018	2011644471	9950

CONTA CONTRATO	MESIANO
7008375172	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LIQUIDACAO
23/11/2018	18/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	168,72

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
445,000000	0,73645662	327,503299
		3,34
		14,05
		57,56
		2,01
		51,55
		8,74
		5,04
		3,95
		1,57
		3,61
		1,22
		280,32

TOTAL DA FATURA

16872

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
732189	L&L	07-10-2018	NR 004730	16-11-2018	NR 002550	31	1,00000		440,00

DISTRIBUIÇÃO DE GASTOS		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			Contribuição do Contribuinte		
MÊS	VALOR						
NOV 18	445				Gerção de Energia	R\$ 112,01	32,43
OUT 18	431				Transmissão	R\$ 18,86	4,36%
SET 18	386				Distribuição (Cabo)	R\$ 74,78	21,52%
AGO 18	374				Perdas de Energia	R\$ 23,41	6,27%
Jul 18	254				Energia Intermittente	R\$ 19,15	5,54%
Jun 18	266				Tratativa	R\$ 130,00	28,17%
Mai 18	266				Total	R\$ 346,71	99%
CUSTOS (R\$) (R\$)		TÉRCIOS APLICADAS			0,321(90%)		

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

As mudanças geradas no  
Comunidade Brasileira de Ações  
de Ações (CBA), também geram  
serviços diferenciados e inovadores  
em termos de tecnologia, para  
construir um novo modelo de  
desenvolvimento econômico  
[www.cba.com.br](http://www.cba.com.br)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS ATENÇÕES						NÍVEL DE TENSÃO		
DE	CONJUNTO AFECTIVO DA DOENÇA	VALOR APTITUDE SUBJECTIVA	LIMITE NORMAL	LIMITE TOLERÁVEL	LIMITE ALTO	TENSÃO NORMAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						BAIXO	ALTO	
DE		0,00	0,00	12,00	24,00	220	202	238
FC		0,00	1,82	6,00	13,70	300	250	350
DMC		0,00	3,54	9,00	20,00			

Environ Monit Assess (2015) 189:12272

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7008375172	11/2018	23/11/2018	168,72

83830000001-2 88720011007-5 00837517210-1 15096191593-8



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 Helelita Siqueira Bileal Siqueira inscrito (a) no CPF/CNPJ 589.391.134/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vandelson Siqueira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 299.184.268/70, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Vandelson Siqueira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 299.184.268/70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. Benigno Dias</u>		Número <u>288</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Afogados</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56800-000</u>
Email <u>AF0FAR0AS.HELELITA@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>87-99912-9089</u>

Afogados de Lug. PE de 12.12 de 2018  
Local e Data

Helelita Siqueira Bileal Siqueira  
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

x FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO

Assinatura do Declarante

x vanelson siqueira dos santos

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



Reconheço por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (1) VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS, (1) FELIPE SALVADOR DA CONCEIÇÃO \*\*\*\*\*  
em São José do Egito, quinta-feira, 6 de dezembro de 2018 -  
da verdade. \*\*\*\*\*  
PÁGINA 1/1 ENEVA RAFAEL - tabelião \*\*\*\*\*  
Total: 9,58 AVALIAR SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE \*\*\*\*\*  
Será(s): 0074896.HGD11201807.00497, 0074896.VAY11201807.00498 \*\*\*\*\*

Cartório 2º Oficial de Notas  
Cartório de Notas  
Rua: Paulo Soares, nº 32, Centro  
São José do Egito - PE  
Título: Maria Cláudia de Melo  
Subst. Abrão Lincoln Rafael Aragão





## Ortopedia e Traumatologia

### RECEITUÁRIO

Vitor Nelson Ligeiro dos Santos.

Leão do Médico

Upaciente sofreu fratura  
do clavículo D, sendo tra-  
tado por osteossíntese com  
fio de Kirschner e com  
fisioterapia.

CID: S42.0.

05170178



Dr. Francisco E. Melo Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PE 15.940 SGT 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 Emília Câmara

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PERNAMBUCO

RECEITUÁRIO

GOVERNO DE  
Pernambuco

Nome:

Endereço:

HD: Fratura da clavícula  
O com dor.

Necessita de  
cirurgia.

At Ortopedista

Data:

24/07/18

Médico CRM

LA GRAFICA



## Ortopedia e Traumatologia

### RECEITUÁRIO

Vanderson Liguinho Lemos.

Leuão Médico.

O paciente sofreu fratura da clavícula D, sendo tratado de forma conservadora com imobilização e analgésicos.

CID: S72.1

74109118.

Dr. Francisco E. Melo Jr.

Ortopedia e Traumatologia

CRM - 15940/TEOT-11.923

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

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

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

04/07/2018. Paciente em relato de

Queda de moto, luxação, orientado,  
responsivo, em relato de dor em  
ombro direito e em escoriação  
em região nasal. Movimentos  
preservados.

CP: ① Rx de ombro dir.

② Rx de coluna cervical.

③ Tramal 100mg + 100ml s.f. 0.9% (u)

④ Depirona oia + AD (u)

⑤ Decadron oia + AD (u)

⑥ GM 500ml (u)

⑦ CurpLao B + UTP (u)

17/09/18: Paciente em incômodo em  
ombro direito.



**SUS**Sistema  
Unico de  
SaudeMinistério  
da  
Saude**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE 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

6 - Nº PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO: 00133628

NOME: WANDERSON SIQUEIRA DOS SANTOS

END: SÍTIO BARRO BRANCO, III

BAIRRO: ZONA RURAL

CID: SAO JOSE DO EGITO-PE

Nasc: 30/07/1980 Idade: 38 Anos, 2 Meses

Mãe: HECILIA SIQUEIRA DOS SANTOS

Pai: JOSE MARCELINO DOS SANTOS

Profissão: AGRICULTOR

Unidade: POSTO I/CIRURGICA

Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEM

Médico: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR

C.N.S.: 796803765446722

REGISTRO: 00199007

SEXO: MASCULINO

EST. CIVIL: UNIAO ESTAVEL

CEP: 5670000

FONE: 07999974112

Convênio: SUS INTERNACAO

D. Inter.: 27/09/2018 às 09:52

Inf. LEITO 03

CRM: 15940

Carteira:

NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

DDI

12 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu trauma no membro superior direito com fratura fechada e deslocada do úmero direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico.

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

RX do úmero D.

23 DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura do úmero D.

S420

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico com osteossíntese.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04 08 01 01 50

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Francisco Erlândio de Melo Junior

Ortopedia e Traumatologia

( ) CNS (X) CPF

2137461583

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Francisco Erlândio de Melo Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 15940

27/09/18

Dr. Francisco Erlândio de Melo Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 15940

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

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

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - COD. 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

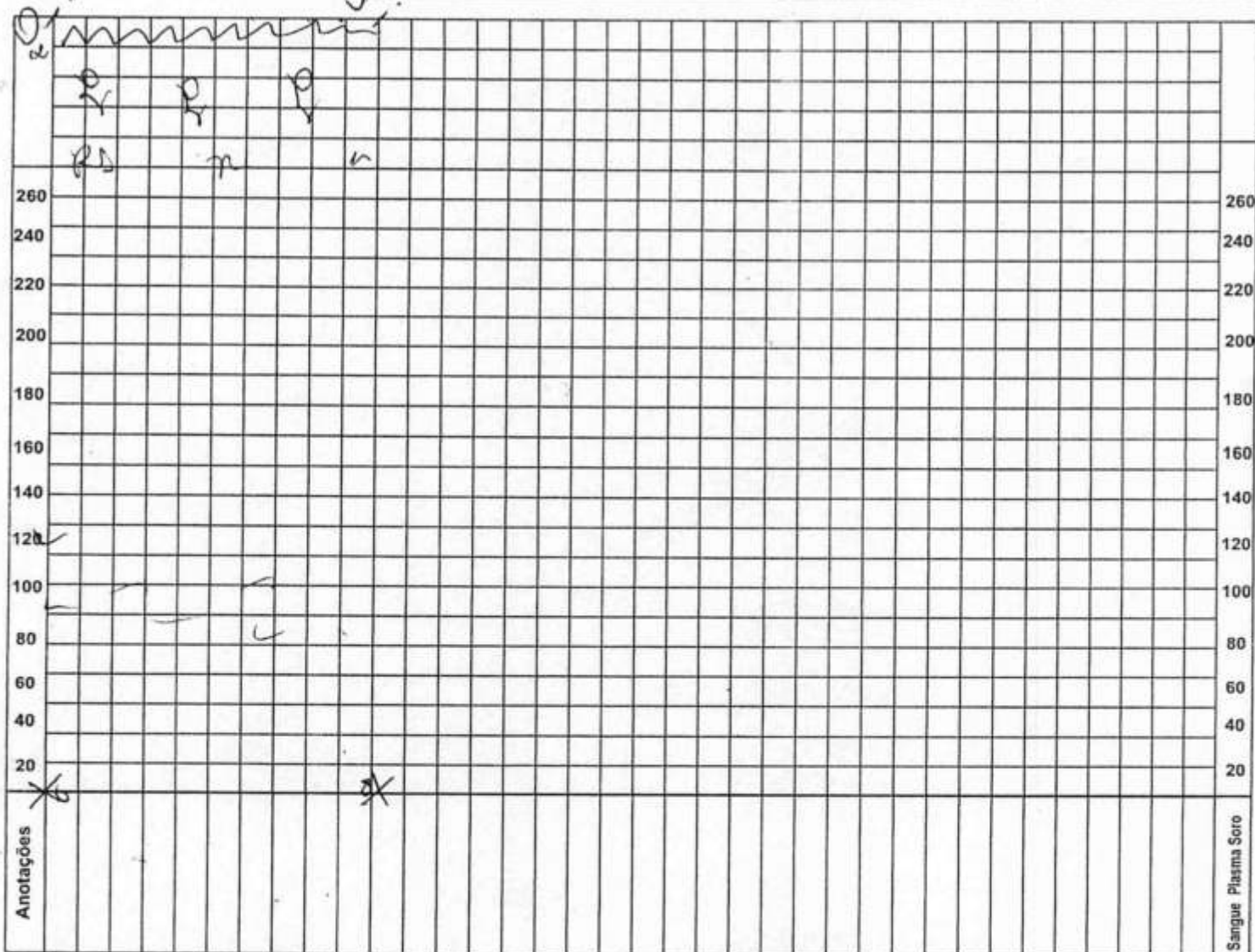
Dr. Janserson Rodrigues L. Amara  
CPF: 068.181.344-35 - CRM: 22881  
Médico Autorizador SUS

15/10/18

## FICHA DE ANESTESIA

Nome: Robelson Lima Junior Data: 07/09/18

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

Hora: 13:30 15:00

Agente

Quant.

Técnica e tipo de Anestesia

Lidocaine 4,22  
propofol  
ventil  
relax

200  
200  
200  
200

Bloq de flexo bloque

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

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

Observação: \_\_\_\_\_

Dr. Flávio A. de Menezes  
CRM: 10.100  
RPP: 710.000.014.00  
Anestesiologia

Assinatura do Anestesiista

Dr. Flávio A. de Menezes Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10.100  
SFOT 11.923

Assinatura do Cirurgião





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº \_\_\_\_\_

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

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

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

NOME: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_  
NATURAL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_  
Nº DOCU: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: 00155028  
NOME: WANDERSON SIQUEIRA DOS SANTOS  
END: SÍTIO BARRO BRANCO, No:  
BAIRRO: ZONA RURAL  
CID: SAO JOSE DO EGITO-PE  
Nasc: 30/07/1980 Idade: 38 Anos, 2 Meses  
Mãe: MERCELYA SIQUEIRA DOS SANTOS  
Pai: JOSE MARCELINO DOS SANTOS  
Profissão: AGRICULTOR  
Unidade: POSTO I/CIRURGICA  
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEN  
Médico: FRANCISCO ERLANDO DE MELO JUNIOR  
C.N.S.: 706803765446722

REGISTRO: 00199007  
SEXO: MASCULINO  
EST. CIVIL: UNIAO ESTAVEL  
CEP: 5670000  
FONE: 07399974112  
Convênio: SUS INTERNACAO  
D. Inter.: 27/09/2018 às 09:52  
Enf.: LEITO 03  
CRM: 15940  
Carteira:

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

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

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

MÃE: \_\_\_\_\_

Nº DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

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

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

ASS. DO MÉDICO - CRM

Dr. Francisco E. L. L. Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PE 15.940  
SEOT 11.923

LOCAL DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NATUREZA DO  
ACIDENTE:

- ☐ CASUAL  
☐ QUEDA  
☐ ACIDENTE DE TRABALHO  
☐ ACIDENTE DO TRÂNSITO

- ☐ INTOXICAÇÃO  
☐ AGRESSÃO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO  
☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA

☒ CIRÚRGICO

ESTADO DE

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

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

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

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente sofreu trauma no ombro D,

no braço direito e dor insuportável.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Reforço no ombro D.

Dr. Francisco E. L. L. Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PE 15.940  
SEOT 11.923

PACIENTE

RESPONSÁVEL

ELEMENTOS DA  
OCORRÊNCIA

ATENÇÃO MÉDICA

# Relatório de Operação

Nome do Paciente <i>Tomelino Lequeiro Fratos</i>		Número do Registro <i>153628</i>
Clínica <i>Ortopedia e Traumatologia</i>		Número do Leito
Operador <i>Francisco E. Leão Jr</i>		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentador		Anestesista <i>Thales</i>
Anestesia		Duração
Data da Operação <i>27/11/18</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura da clavícula D.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>União</i>		
Operação Proposta <i>Redução aberta + osteossíntese</i>		
<h3>Descrição do Ato Operatório</h3> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Paciente em DHA sob anestesia.</li> <li>2 - Anestesia intravenosa + campo estéril.</li> <li>3 - Incisão na face interna superior do ombro D, seguindo por plano, identificação da fratura da clavícula D.</li> <li>4 - Redução aberta redução aberta da fratura da clavícula D, com osteossíntese com fio de Kirschner interfragmentar.</li> <li>5 - Fatura da incisão.</li> <li>6 - Curativo compressivo.</li> </ol>		

*Francisco E. Leão Jr.*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 15.640 SGT 11.923



Inspeção: \_\_\_\_\_

Palpação: \_\_\_\_\_

Ausculta: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica:

*Fratura do clavículo D.*

Alta

Curado ☐

Melhorando ☒

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

### Condições de Alta

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

Óbito em

Hora

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☒

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

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

Diagnóstico definido

*Fratura do clavículo D.*

Tratamento

*Redução comento + osteossíntese*

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

Data

*28, 09, 78*

Ass. do Médico - CRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Dr. Francisco E. Lima Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 15.940 SRO 11.523











# CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, 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, Cardiolocografia 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: Vandilson Siqueira dos Santos Prontuário: 153628

Nº Documento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ☒ ) M Idade: 38 Anos Data de Internação: 27.09.18

Clínica: Cirurgia 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
( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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

Tipo	Dose	Data/Início	Data/Término
<u>Ceftriaxona</u>	<u>1g IV, 8/6h</u>	<u>27.09.18</u>	<u>28.09.18</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Cultura: ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Tipos: _____	Data/Coleta	Resultados
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dr. Francisco E. Melo Jr.  
Ortopedia e Traumatologia



# 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 FLUIDOS 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 >37,4c 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 ELEVA-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNÉIA) 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 OXIGÊNIO TERAPIA ____ L/M - UMIDIFICADA S/N	
X	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	comunicação
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	
X	REALIZAR CURATIVO ____ X AO DIA EM REGIÃO: F.O.	Atenção
	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. de  
Enfermeira  
TEN-PE 318.80

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM  
SAE  
CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Vandilson Siqueira dos Santos SEXO: M  
ENF.: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 27/09/18

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06		
PA					DIURESE					<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE	
T					SNG					<input type="checkbox"/> ALERTA	
P					DRENO TORAX					<input type="checkbox"/> SEDADO	
R					OUTROS					<input type="checkbox"/> SONOLENTO	
SpO2					TOTAL					<input type="checkbox"/> TORPOROSO	
HGT										<input type="checkbox"/> COMATOSO	
										<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	
										OUTROS: _____	

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' <input type="checkbox"/> VENTURI	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
<input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOSFÍGMICOS <input type="checkbox"/> BRADISFÍGMICO <input type="checkbox"/> TRAQUISFÍGMICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> HIPOTENSO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TIPO: _____	VSC: D ( ) E ( ) VJI: D ( ) E ( ) PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOME	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME <input checked="" type="checkbox"/> GLÓBOSO <input type="checkbox"/> PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> LÍQUIDA <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 ÍNTEGRA	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"/> CONCENTRADA <input type="checkbox"/> LÍMPIDA	<input type="checkbox"/> CÍTRICO <input type="checkbox"/> COLÚRICA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA	<input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> POLIÚRIA <input type="checkbox"/> PIÚRIA

AValiação DA PELE

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





# CASA DE SAÚDE Dr. JOSÉ EVOIDE DE MOURA

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### 1. Identificação

Nome: Vandelson 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 clavícula

### 3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo \_\_\_\_\_

### 4. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Tabagismo ☐ obesidade ☐ DM  
☐ Distúrbios psiquiátricos ☐ Alcolismo ☐ Alergias ☐ HAS ☐ Tuberculose  
☐ Uso de drogas ☐ Outras \_\_\_\_\_

### NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

### 5. Exame Físico

#### 5.1 Estado Geral:

☐ Grave ☒ Hidratado ☒ Normocarado ☐ Afebril ☐ Anictérico ☐ Palidez  
☐ Regular ☐ Desidratado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianose  
☒ Bom ☐ Anasarca ☐ Hiperorado

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  
☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Espontânea  
O2 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: \_\_\_\_\_  
Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio ☐ Ausente

#### 5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☒ Plano ☐ Globoso  
Ascítico \_\_\_\_\_

Ruidos Hidroéreos: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Hiperativos ☐ Hipoativos ☐ SNG ☐ SNE ☐ SGO ☐ Gavagem ☐ Drenagem  
Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☒ Normais ☐ Flatos ☐ Melena ☐ Enterorragia

Errese: ☐ Presentes ☒ Ausentes Aspecto: \_\_\_\_\_

#### 5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistostomia ☐ Unipem  
Aspecto: \_\_\_\_\_

#### 5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva  
Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Força Motora: Conservada ☒ Sim ☐ Não

MMSS: \_\_\_\_\_

MmII: \_\_\_\_\_

Observações do enfermeiro: \_\_\_\_\_

### NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Atitudes: ☒ 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

Érika Vêras M. dos Santos  
Enfermeira  
COREN-PE 318.860





## CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Traumatologia,

Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma,

Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Vídeo Laparoscopia Diagnóstica,

Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiotecografia

Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 55.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu, Vandelson Siqueira

dos Santos fui internado(a) pelo **SUS** neste Centro

Hospitalar Dr. José Evoide de Moura no dia 27 / 09 / '8

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

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

Donatário Ferreira Sampaio

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>	0 a 1 0 a 100
Eosinófilos.....	6 % 540/mm <sup>3</sup>	2 a 5 80 a 500
Mielócitos.....	0 % 0/mm <sup>3</sup>	0 a 0 0 a 0
Metamielócitos.....	0 % 0/mm <sup>3</sup>	0 a 1 0 a 100
Bastões.....	0 % 0/mm <sup>3</sup>	3 a 5 120 a 500
Segmentados.....	69 % 6.210/mm <sup>3</sup>	54 a 62 2.160 a 6.200
Linfócitos.....	22 % 1.980/mm <sup>3</sup>	20 a 35 800 a 3.500
Monócitos.....	3 % 270/mm <sup>3</sup>	3 a 8 120 a 800
PLAQUETAS.....	366.000 /mm <sup>3</sup>	

### HEMATOSCOPIA:

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

S. José do Egito, 20 de Setembro de 2018

Responsável Técnico

Benício Campos dos A. Lima  
Biomédico  
CRM 22. Reg. 1119

# 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

TEMPO DE COAGULACAO-LEE WHITE

Referências

RESULTADO ..... 9,00 minutos ( 5,00 a 11,00 )

Material: SANGUE

TEMPO DE SANGRAMENTO

Referências

RESULTADO ..... 1,00 minutos ( 1,00 a 3,00 )

Material: SANGUE

TEMPO E ATIV. PROTROMBINICA

TEMPO DO PACIENTE: ..... 14,50 segundos

TEMPO CONTROLE: ..... 12,60 segundos

ATIVIDADE PROTROMBINICA: ..... 64,00 %

Material: SANGUE

TROMBOPLASTINA PARCIAL - PTT

Referências

TEMPO DO PACIENTE: ..... 29,10 segundos ( 30,00 a 45,00 ) \*

TEMPO CONTROLE: ..... 36,40 segundos

Material: SANGUE

GRUPO SANGUINEO

RESULTADO ..... "O"

Material: SANGUE

FATOR Rho(D)

Resultado: ..... POSITIVO

S. José do Egito, 20 de Setembro de 2018

Responsável Técnico

Benício Campos dos A. F. R.  
Biomédico  
CRM 22. Reg. 1119

**HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA**

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Praça da Bandeira, S/N - São José do Egito - PE

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**

**URÉIA**

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

**Beatriz Campos dos A. Lima**  
**Bioquímica**  
**CRM 2a. Região 1119**

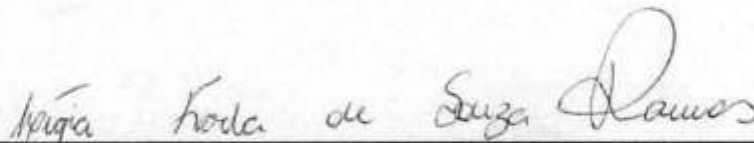


## LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

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 físico-motoras,

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.



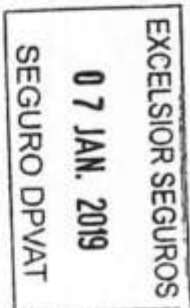
FISIOTERAPEUTA

LÍGIA KARLA DE SOUZA RAMOS

CREFITO 177853

São José do Egito, 20 de dezembro, 2018.

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DR LÍGIA KARLA DE SOUZA RAMOS



0458037/18

**Dr. Fred Veras**  
Reumatologia  
CRM 6688-PE CTF 129098314-34

**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.

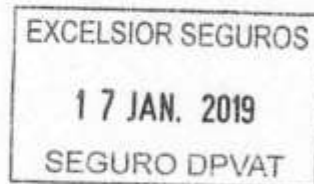
Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico.

**PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso a 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



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Fred Veras". Below the signature is a circular stamp containing the text "Dr. Fred Veras", "Reumatologia-Ortopedia", and "CRM 6688-PE CTF 129.098.314-34".

Av. Apurício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**ESTADO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**

**INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**0101-6**

**9478-06526**

**CARTÃO DE IDENTIDADE**

*Vanderson Aquino dos Santos*



EXCELSIOR SEGUROS  
19 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

REGISTRO  
DEPM 35.336.987-1 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 03/JUN/2008

NOME  
VANDELSON SIQUEIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO  
JOSÉ MARCELINO DOS SANTOS  
E HERCILIA SIQUEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE  
S. TEREZINHA -PE DATA DE NASCIMENTO  
30/JUL/1980

DQC ORIGEM  
S. JOSE DO EGITO PE  
S JOSE DO EGITO  
CN: LV.A82 /FLS.63 /N.009397

CNPJ 299184268/70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

10-01



Helentina Siqueira Liberal Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE



EXCELSIOR SEGUROS

19 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

MINISTÉRIO DO TERRITÓRIO NACIONAL

2.761.780

DATA DE EMISSÃO 26/04/2017

<< HELENTA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

<< ANTONIO DE PAULA LIBERAL >>

<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

16/09/1965

DATA DE NASCIMENTO

<< CC. 1.362 L.B-2 F.108 CART. 10

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 05.10.1993 >>

589 391.134-20

15147716 DE 20003

F-76 173.103 - 3021