



Número: **0007432-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60122574	01/04/2020 14:37	2708104_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00074323820208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **28/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 20/09/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE Ocorrência

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 20/09/2018 após 05 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 28/04/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.** (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**, em curso perante a 29ª VARA CÍVEL da comarca de RECIFE, nos autos do Processo nº 00074323820208172001.

Rio de Janeiro, 19 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0007432-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60124 138	01/04/2020 14:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



Tarifa Social da Energia Elétrica Criada pela Lei 11.438 de 2006
NOTA FISCAL DE FATURAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - 304 Vendas, Recife, Pernambuco - CEP 50050-500
CNPJ 10.835.532/0001-45 | e-mail: fisco@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO YVES CORDEIRO DO NASCIMENTO
PROPRIETÁRIO RUA CALABE

CPF: 277.201.774-48

CLASSIFICAÇÃO

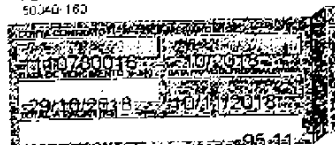
31 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mensal

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ASTRONÔMICA, Nº 514

810 AMARILHADA
RECIFE PE
50040-160

CPF: 03470887 UNICA 14062216
CPF: 03470887 UNICA 14062216
CPF: 03470887 UNICA 14062216



QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
185,000000	0,7104442	131,43
		75,00
		7,93
		11,54
		6,66
		1,49
		0,14
		0,35
		6,55

Consumo Atual (kWh):
Atividade: Comércio Varejista
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh
Consumo: 185,00 kWh

Comprovante de residência



MP DO	Tipo da	Anterior	Posterior	Anterior	Posterior	Consumo (kWh)
185,00	CAI	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00

Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00
185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00	185,00

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: SINTETOS da segunda-feira a sábado. Ar

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

304-445627/2

2a VIA

CELPE
www.celpe.com.br

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANTONIO FELERENTO DO NASCIMENTO PROXIMO A RADIO CLUBE CPF: 217.201.774-9	DATA DE EMISSÃO 27/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 98,02	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 06489738	CONTA CONTRATO 001110780018 Nº DO CLIENTE 200958832 Nº DA INSTALAÇÃO 0003189255
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ASTRON COLLINS 514	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásica		
STO A MARCUREICE 00040-160 RECIFE PE	RESERVADO AO FISCO 0330.45A0.4C2 AEDE.0517.5F27.DC1.2A2A		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
NUMERO DO ANEXO	TIPO DA FUSÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
143987	CAT	14/05/2014	15.136	08/06/2019	19.742,30	28	1	146400	0,00	161,30

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TEMPO APROXIMADO	PERCENTUAL	PERCENTUAL EM %
08/06/2019				
DE-Não tem bem Energia	BOA VISTA	0,00	4,71	0,42
FE-Deixou de receber bem Energia		0,00	1,11	0,13
CHC-Consumo máximo de energia por hora		0,00	7,58	0,68
CHC-Consumo de interrupção de energia				
Consumo CHC: 12,73				

FUSÃO-Valor das Energias de LAR e ND: 30,71
 Nota Consumidor pode verificar a origem da energia através do sistema de monitoramento de energia.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você pelos serviços: tv, celular, jasm, da fone 79 sendo seguro / termo vivo: www.jasm.com.br Na data da leitura a bandeira em vigor é o Verde. Mais informações em www.anatel.gov.br Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 29.458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso para multa 25% (R\$414,40/ANEXO), juros (1% ao dia) e atualização monetária no pro. em d. O cliente é compensado quando há descompimento de prazo definido para os serviços de atendimento comercial. Em caso de suspensão da fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer pelo 2º ciclo de faturamento. O cliente também será cobrado o custo de interrupção no caso em que ocorrer a suspensão. O cliente poderá cancelar e cobrir os serviços de terceiros na fatura e qualquer tempo - Art 7º REN BR/15.	NÍVEL DE TENSÃO	
	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	262 231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE ADIC				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001110700018	05/2019	98,02	27/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê não será usado em cobranças futuras.

838500000008 980200110018 110760016100 130006201935

COMUNICAÇÃO

RELAÇÃO DE PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2019

FRANCISCO

AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 25/05/2018
Hora: 17:34

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 49780
Paciente: 114971
Convênio Atend.: 1
Leito: 691
Dt. Início: 25/05/2018 16:38
Sala: 0003 SALA 03
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
VERD2-15
Dt. Fim: 25/05/2018 17:28
Atendimento: 429760
Carteira:
Idade: 71 Anos 17 Horas

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0407040030
Convênio: 001
Anestesia: 05
DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: MORELL LAVALLEE EM COXA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA

OPERADOR: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: DR RENATO HOLANDA

2º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
3. INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 20CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO PROXIMAL COXA ESQ
4. DRENAGEM DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA SUPERFICIAL À FÁSCIA
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 3.000ML
6. REVISÃO DA HEMOSTASIA
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTÉRIL

Documentação médico - hospitalar



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ilanir de A. Silva
Ortopedia e Traumatologia

DR(A): JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM: 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			6 - Nº Prontuário	114971
7 - Cessão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
703108863021560	25/02/1947	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO			12 - Telefone de Contato	8131324096
13 - Nome Responsável	MARIA SOLANGE			14 - Telefone de Contato	31324096
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RECIFE	261160	PE	50040160		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETAXMOTO
HÁ DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM
MEMBRO ALERGIAS E COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
HEMORRAGIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	R58 L999	V129	0302

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814998
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	22/05/2018	15863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

AIH
261810160400-8

Código do Laudo: 429575



#439760

23/05/18

Sau - 24/05/18





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 429760

Usuário: ALYNEMA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** Prontuário: 114971
Idade: 71a 2m 26d Sexo: M Estado Civil: CASADO Data de Nascimento: 25/2/1947
Profissão: Escolaridade: R.G.: 820929 C.P.F.: 21720177449 Telefone: 31324096 CEP: 50040160
Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO - RECIFE - PE
Dados de Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 23/5/2018 12:38
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEdia Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEdia

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27/05/18 Hora da Alta: 10:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom

Diagnóstico Principal.....: Mieloma múltiplo em cura @

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Drenagem cirúrgica

REVISADO
CCIH-HMA
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 12:37



Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 429575
SAME: 102090

Período: 22/05/2018 12:49 - 22/05/2018 12:51

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA AO SERVIÇO COM RELATO DE DOR MIE(VITIMA DE COLISAO MOTO X BICICLETA- 24/04/18)- AG REALIZAÇÃO DE DRENAGEM?

Observação:

HAS+DM-ALERGIAS-

Exatograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Examinador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

**REVISADO
NEPLINHA**

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local
Irys Felipe
COREN: 310841
Enfermeiro

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 12:51

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 429575

Senha da Classificação:

P0006

Data e Hora: 22/05/2018 12:38

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEdia CRM: 12348

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS -- 814 Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE PE Usuário Atendimento: ROSEANERSN

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com história de trauma na cabeça de
22 dias atrás, com hematoma e fratura. Apresenta dor e
hematoma no local.

Exame Físico

ECG: Exame físico normal. Hematoma no local.
MI: Hematoma no local (E).

Hipótese Diagnóstica

ECG: Paciente admitido no Hospital Anteriormente.
Hematoma no local (E).

Prescrição Médica

Prescrição para tratamento

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
22/5/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:00 PM	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETAXMOTO HÁ CERCA DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM MIE. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	AO EXAME: EGR EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, NORMOCORADO
	MIE: EDEMA +
	HD: HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA
	CD: INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR FAGNER
	PREOP OK (PACIENTE TINHA EVADIDO)
23/05/18	Paciente bem, porém no local sem queixas no momento (2) Ag. umagrin
24/05/18	Paciente estável no leito sem queixas no momento (1) Ag. umagrin
27/05/18	# SOT #
10:00	W: PO de drenagem cirúrgica de Músculo Lateral e coxa (E) Pele estável, sem queixas Rea, LOTE, eufórico, afebril. PO de 100 e 200 ES: data e localização



Atendimento: 429760

Dt Atendimento: 23/05/2018 - 12:38

Dt Alta: 27/05/2018 - 14:33

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO	114971			
2 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
05108863021560	25/02/1947	☒ M ☐ F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
OLIMIRA ROSA DO NASCIMENTO	8131324086			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
RAQUEL FELISBERTO	31324086			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	18 - CEP	
RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO	261160	PE	50040160	
16 - Município	RECIFE			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ISCÃO MOTO X BICICLETA HA 18 DIAS EVOLUINDO COM COLEÇÃO LÍQUIDA EM SUBCUTÂNEO DE COXA ESQUERDA

1 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE - EXAME FÍSICO

3 - Diagnóstico Inicial / Código
HEMORRAGIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

24 - CID 10 Principal
R58
I10

25 - CID 10 Secundário
W199

26 - CID 10 Causas Associadas
03.03.06.010-7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

28 - Código do Procedimento
0415040035

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Campus de Atendimento
2

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
880016278437533

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITO

34 - Data da Solicitação

15/05/2018 Jan Augusto Freire

Oncologia - Hematologia

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajetado

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

48 - Documento
() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

261810160447-0

Código do Laudo: 428509





Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 428735

Usuário: ROSEANERSN

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			Prontuário:	114971		
Idade:	71a 2m 19d	Sexo:	M	Estado Civil:	CASADO	Data de Nascimento:	25/2/1947
Profissão:				Escolaridade:			
R.G.:	820929	C.P.F.:	21720177449	Telefone:	31324096	CEP:	50040160
Endereço:	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - SANTO AMARO			- RECIFE	- PE		
Dados da Internação							
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	16/5/2018	08:06	
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA		Leito: VERDE-18
Médico Internação:	PLANTONISTA CIRURGIA GERAL						

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FEATURADO
Endereço:	Numero:		08/06/18
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	CLAUDIVAN SOUSA
			FEATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	16/5/18	Hora da Alta:	12:00		
Motivo:	☐ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☒ Evasão
Condições de Alta:	BOM				
Diagnóstico Principal.....:	Manutenção (C) REVISADO CCIH-HMA				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:	REVISADO CCIH-HMA				
Procedimento.....:					
	Médico e CRM:				
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG				

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 15/05/2018 08:02

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: 0005
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 428509
SAME: 102090

Período: 15/05/2018 08:48 - 15/05/2018 08:53

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA HÁ 16 DIAS. COLISÃO MOTOX BICICLETA.

Observação:

PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5426574. HAS, NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Programa sintoma:

TRAUMA

Limitador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
FERNANDA

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/05/2018 08:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 428509

Senha da Classificação:

0005

Data e Hora: 15/05/2018 08:06

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS 614 Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doença aguda, insidiosa, progressiva, com início súbito, sem antecedentes de trauma ou doença pré-existente. Dor aguda, localizada na região da coxa esquerda, com irradiação para o quadril e perna esquerda. Dor constante, progressiva, com piora à noite e ao movimento. Não há febre, náusea, vômito ou outros sintomas associados.

Exame Físico

Exame físico sem alterações de quadril (E) de 15cm.

Hipótese Diagnóstica

Lesão em fêmur de quadril (E)

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Jan Bustoch Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM de PE 12345

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





UPA24h

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA: 54 26 524

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: Antonio Estelito da Nogueira Idade: 71
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Sofocamento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejecção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: paciente com história de Trauma por queda
para o asfalto com dor e inchaço da cabeça
febre baixa
Hipótese Diagnóstica: hematoma parietal na cabeça (E)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Reação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () - Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 80-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Som Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descoordenação 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit da Comissura Labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()
Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fratura Pélvis: S() N()
Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
Hábito Alcolílico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()
Imobilização Tala Gessada: S() N()
Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()
Entubação Orotraqueal: S() N()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____
Reanimação Cardiopulmonar: S() N()
RX: S() N() Analgesia: S() N()
Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Drainagem Urológica

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *AN A*
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

14/05/18, Uluda-PE
Local e data

Francisco João Rossi
CRM-PE 23368
Médico Assistente





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL





DAIGUE ARRAS



IM

Instituto de Medicina Legal
Prof. Fernando Figueroa

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Antônio Felisberto do Nascimento REG: 119071

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT #	HD	Homotoma em quadril (E)
18/08/18			Protege Reges sobre o mesmo p) Curran B.S. Loto, Curran, (E) Cur. Reg. Curran
19/08/2018	# SOT #		HD. Homotoma em quadril (E) P.T. x nam. Curran B.S. Loto, Curran, (E) Cur. Reg. Curran
20/08/18	# SOT #		HD. Homotoma em quadril (E) Protege Reges sobre o mesmo p) Curran







RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 15/5/2018 DATA DA ALTA 20/05/18

DIAGNÓSTICO: Fluência e LAR (E)

TRATAMENTO REALIZADO:

Nenhuma

ORIENTAÇÃO:

Paciente encaminhado de hospital

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

[Assinatura]





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL



Atendimento: 428735

Atendimento: 16/05/2018 - 08:06

Dt Alta: 20/05/2018 - 21:21

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 694 VERD2-18

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



PACIENTE..... JAIRO LUIZ DE SOUZA
NASCIMENTO.: 12/9/1978 IDADE: 39 SEXO: MASCULINO
MÃE..... MARILUCE MARIA DE SOUZA
ENDEREÇO..... NOBRE DO, NÚMERO: 1705
BAIRRO..... NOBRE
CIDADE..... PAULISTA



XEROX



HOSPITAL
MIGUEL ASSAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Felício de Noronha Registro: 114991
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Exat
11/06/18	→ MDI PO 25/05/18 Manoel Leornado e Sousa P Det. endos sem glândulas no nariz → FO: Bom aspecto sem secreções → CP: Amalgama Bom Hx Dr. Renato Holanda Cirurgião de Otorrinolaringologia CRM-PE 5.345
09/07/18	MDI Lesão de Manoel Leornado FO Sem Flogose ou Exudado CDI Retorno em 1 mês Dr. Renato Holanda CRM-PE 5.345





Nome: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Nº registro: 617098

DL. Nasc.: 25/02/47 - 71 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Fone: 81 3132-4096

Endereço: R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE

Data/hora: 28/04/2018 - 13:29 Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- VITIMA DE QUEDA DE MOTO TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO: SANGRAMENTO NASAL, TRAUMA COM ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE.

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5

GLASGOW 15

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: ()

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

Temperatura: °

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ECG 15, EUPNEICO

AVC: RCR 2T BNF 55 FC: 98 BPM

AR: MV+EM AHT SEM ADV SATO2: 99% AA

ABD: GLOBOSO, RHA+ DEPRESSÍVEL, INDOLOR

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

Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CNM: 21487. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torreões CEP: 50640-560 - Recife/PE
Contato: (81) 3181-4449





Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Nº registro: 617098

Dt. Nasc.: 25/02/47 - 71 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Fone: 81 3132-4096

Endereço: R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE

Data/hora: 28/04/2018 - 13:29 **Nº pág.:** 2/2

EXT: BEM PERFUNIDAS, PULSO+, CHELO E SMÉTRICO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Y03 - AGRESSÃO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEÍCULO A MOTOR | PANCADA, GOLPE OU ATROPELAMENTO, DE MODO DELIBERADO COM VEÍCULO A MOTOR

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS.

JA ATENDO O PACIENTE APÓS CONSULTA DA CLINICA MEDICA. QUEIXA-SE DE DOR EM QUADIL A ESQ E EM COTOVELO ESQ

EF: BEG, ORIENTADO, GLASGOW:15

ESCORIAÇÃO EM COTOVLEO ESQ

DOR MOBILIZAÇÃO QUADRIL ESQ

SOL RX

Resultados de Exames:

RX SEM ALTERAÇÕES

Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457

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

Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CRM: 21457, Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 429575

Data e Hora: 22/05/2018 12:38

Senha da Classificação:

P0006

Paciente: 114371 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

814

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSN

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Horas:

Queixa Principal

Paciente com história de trauma na cabeça de 27 dias, com edema e hematoma na região da testa.

Exame Físico

CRANIO: Edema e hematoma na região da testa.

Hipótese Diagnóstica

Lesão: Paciente admitido no Hospital em 22/05/2018.

Prescrição Médica

Prescrição para tratamento

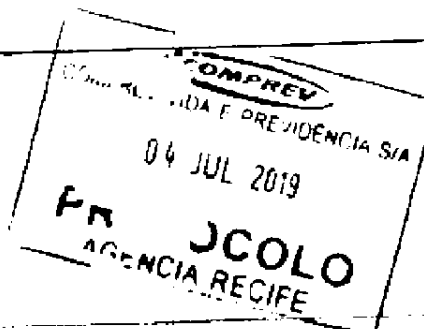
Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha:





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 429760
Usuário: ALYNEMA

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			Prontuário:	114971
Idade:	71a 2m 25d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	25/2/1947
Profissão:		Estado Civil:	CASADO		
R.G.:	820929	C.P.F.:	21720177449	Telefone:	31324096
Endereço:	RUA ASTRONAUTA COLLINS			CEP:	50040160
			614 - SANTO AMARÓ	RECIFE	PE
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	23/5/2018 12:38
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Leito:	VERD2-15

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	22/05/18			Hora da Alta:	10
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Bom				
Diagnóstico Principal.....:	Hernia Lumbal L5/S1 com ②				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Procedimento.....:	Drenagem cirúrgica				
	REVISADO COIH-HMA				
	Médico e CRM:				
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

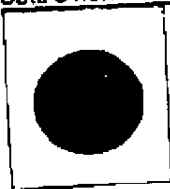


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Recun. de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 12:37



Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 429575
SAME: 102090

Período: 22/05/2018 12:48 - 22/05/2018 12:51

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA AO SERVIÇO COM RELATO DE DOR MIE(VITIMA DE COLISAO MOTO X BICICLETA- 24/04/18)- AG REALIZAÇÃO DE DRENAGEM?

Observação:

HAS+DM-ALERGIAS-

Exatograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEdia

Eliminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEdia

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPHMA

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local.....
Injeção.....
Exame.....

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 12:51

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
22/5/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
17:00 PM	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA/MOTO HÁ CERCA DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM MIE. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES AO EXAME: EGR EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, NORMOCORADO MIE: EDEMA + HDI: HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA CD: INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR FAGNER PREOP OK (PACIENTE TINHA EVADIDO)
23/05/18	Paciente com dor no joelho sem queixas no momento Rx: 01 Agulha
24/05/18	Paciente sobe no leito sem queixas no momento 01 Agulha
27/05/18	# SOT # HDI: PO de drenagem cirúrgica de Mieloma múltiplo na coxa Pele intacta, sem queixas Neg. LORF, eufórico, afébril. PO de drenagem de 20ml CD: alta para ambulatório



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: JENNIFERMLS
Em: 27/05/2018 14:21

Atendimento: 429760
Dt Atendimento: 23/05/2018 - 12:38
Dt Alta: 27/05/2018 - 14:33
Paciente: 114571 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001
Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Usuário: JENNIFERMLS
CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO EXCU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Laudo para solicitação de autorização de Internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2. CNES	6421869
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4. CNES	6421869

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		6. Nº Prontuário	
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO		114971	
7. Cartão Nacional de Saúde	8. Data de Nascimento	9. Sexo	10. Raça/Cor
03108843021560	28/02/1947	X M	99 - Parda
11. Nome da Mãe		12. Endereço	
JULMIRA ROSA DO NASCIMENTO		8131324098	
13. Nome Responsável		14. Telefone de Contato	
JACQUEL FELISBERTO		31324098	
15. Endereço (Rua, Nº, Bairro)		16. UF	
RUA ASTRONAUTA COLLINS, 814 - SANTO AMARO		PE	
17. Cidade	18. CEP	19. CEP	
281180	PE	50040160	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

3. Principais Sinais e Sintomas Clínicos
1200 MOTO X BICICLETA HA 18 DIAS EVOLUINDO COM COLEÇÃO TRUQUA EM SUBCUTÂNEO DE COXA ESQUERDA

4. Condições que justifiquem a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

5. Principais Resultados de Exames Diagnósticos
IMAGEM DE EXAME FÍSICO

6. Diagnóstico (Inicial / Código)
HEMORRAGIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

7. Descrição do Procedimento Solicitado
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

8. Nome do Profissional Solicitante
SORMANE DE CARVALHO BRITTO

9. Preencher em caso de causas externas (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
36. 1.) Acidente de Trânsito
37. 1.) Acid. Trabalho Típico
38. 1.) Acid. Trabalho Especial

40. Vínculo com a Previdência
1.) Empregado 2.) Empregador 3.) Autônomo 4.) Desempregado 5.) Aposentado 6.) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

41. Nome do Profissional Autorizador
42. Cod. Órgão Emissor
43. Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AHI)

44. Documento
45. Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
46. Data de Autorização

47. Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
48. Data de Autorização

AHI
261810160447-0

Código do Laudo: 428509





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 428735

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaqueira - Paulista - PE
CEP: 53.400-000

Usuário: ROSEALHERSON

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			Prontuário:	114971
Idade:	71a 2m 19d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	25/2/1947
Profissão:		Estado Civil:	CASADO		
R.G.: 820929	C.P.F.: 21720177449	Escolaridade:		CEP	50040160
Endereço:	RUA ASTRONAUTA COLLINS	Telefone:	31324096	- RECIFE	- PE
			614 - SANTO AMARO		
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação:	16/5/2018	08:06	
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito:	VERDE-18
Médico Internação:	PLANTONISTA CIRURGIA GERAL				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	02/06/18
Endereço:	- Número:		
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	16/05/18	Hora da Alta:	12:00
Motivo:	☐ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
		☐ Óbito	☒ Evasão
Condições de Alta:	BOM		
Diagnóstico Principal.....:	Manobras Coxas		
Diagnóstico Secundário01.:	REVISADO CCH-HMA		
Diagnóstico Secundário02.:	REVISADO CCH-HMA		
Procedimento.....:			
	Médico e CRM:		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

AutORIZO a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



ITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

10/04/2020
M. Chaves

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 15/05/2018 08:02

Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: 0005
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 428509
SAME: 102090

Período: 15/05/2018 08:48 - 15/05/2018 08:53
FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Exatidão Principal: PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA HÁ 18 DIAS COLISÃO MOTOX BICICLETA
Observação: PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5428574. HAS, NEGA DM E ALERGIA
MEDICAMENTOSA.

Programa sintoma: TRAUMA
Eliminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Vais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPI HAMA

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/05/2018 08:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 428509
Data e Hora: 15/05/2018 08:06

Senha de Classificação:

0005

Data e Hora: 15/05/2018 08:00
 Sexo: MASCULINO
 Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO CRM: 12346
 Estado Civil: CASADO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
 Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS - 614 Bairro: SANTO AMARO
 Cidade/UF: RECIFE PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal: *dores no abdome superior, especialmente na região epigástrica, há 15 dias.*

Exame Físico: *Abdome macio, sem sinais de irritação peritoneal. Ruídos intestinais normais.*

Hipotesis Diagnostico

Prescrição Médica

Assinatura e Carimbo/Módulo

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha:

() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de interação





UPA 24h

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA: 54 26 524

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Antonio Fabiano dos Nogueira Idade: 71
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Sobressaltamento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Arma Branca/Tipo: _____
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Citar: _____
Agressão Sexual: () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Tórax () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: paciente com história de trauma há 16 dias
fratura de fêmur direita
fratura de costela esquerda
Hipótese Diagnóstica: fratura de fêmur direita

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercoastal S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Teto: S () N () Reflexo Xagide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-60
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-180
< 1 ano 90-140
Crianças 80-110
Adulto 60-100





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		2 - CNES
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRARES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRARES	6431569
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº Prontuário
5 - Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO	114971
7 - Cartão Nacional do SUS	703108883021560	10 - Sexo
8 - Data de Nascimento	25/02/1967	03 - Parda
9 - Sexo	☒ Masculino ☐ Feminino	10.1 - ERM
11 - Nome da Mãe	ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO	0000 - Não Se Aplica
13 - Nome Residência	MARIA SOLANGE	12 - Telefone de Contato
14 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 814 - SANTO AMAR	8131324086
15 - Município	RECIFE	14 - Telefone de Contato
16 - UF	PE	31324096
17 - IBGE	261180	18 - CEP
19 - CEP	60040190	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA/AMOTO VÍCIOS DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM REGIÃO ALETRIAL E COMORBIDADES		
21 - Condições que influenciam a internação NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
22 - Principais Resultados de Exames Complementares ANAMNESE - EXAME FÍSICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário
HEMORRAGIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	L999	1/129
26 - CID 10 Causas Associadas		27 - Descrição do Procedimento Solicitado
	03-12-1	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEdia
28 - Código do Procedimento	0415020069	29 - Especialidade
		CIRURGICA
30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
2	(X) CNS () CPF	880016000814998
33 - Data de Solicitação	34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
22/05/2018	15863	
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - CNPJ Seguradora	37 - CNPJ Empresa	38 - Nº Bônus
39 - CNPJ Empresa	40 - CNES / Empresa	41 - SARA
42 - CNES / Empresa	43 - CNES / Empresa	44 - CEOR
45 - Vínculo com a Previdência		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		
AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	48 - Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E280000001	261810160400-8
49 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data de Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

Código do Laudo: 429575



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página 0001
Data 25/05/2018
Hora 17:34

Scheda Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 49780
Paciente: 114971

Convênio Alend: 1
Leto: 691

DI. Inicio: 25/05/2018 16:38

Sala: 0003 SALA 03
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
VERD2-15

DI. Fim: 25/05/2018 17:28

Atendimento: 429760

Carteira

Idade: 71 Anos 17 horas

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Procedimento

Procedimento: 0407040030

Convênio: 001

Anestesia: 05

DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: MORELL LAVALLÉE EM COXA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRURGICA

OPERADOR: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: DR RENATO HOLANDA

2º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
3. INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 20CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO PROXIMAL COXA ESO
4. DRENAGEM DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA SUPERFICIAL À FÁSCIA
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 3.000ML
6. REALIZAÇÃO DA HEMOSTASIA
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTERIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

1. XILIA
2. AUXILIAR

1. DRENAGEM
2. LAVAGEM

Documentação médica - hospitalar



Dr. Juliano Machado Alves da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15979

DR(A): JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM: 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Nº registro: 617098

Di. Nasc: 25/02/47 - 71 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Fone: 81 3132-4096

Endereço: R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE

Data/hora: 28/04/2018 - 13.29 **Nº pág.:** 2/2

EXT: BEM PERFUNDIDAS, PULSO+, CHEIO E SIMÉTRICO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Y03 - AGRESSÃO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEÍCULO A MOTOR; | PANCADA, GOLPE OU ATROPELAMENTO, DE MODO DELIBERADO COM VEÍCULO A MOTOR

OBSERVAÇÕES:

Evolução do paciente:

VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS.
JÁ ATENDO O PACIENTE APÓS CONSULTA DA CLÍNICA MÉDICA QUEIXA-SE DE DOR EM QUADRIL A ESQ E EM COTOVELO ESQ

EF: BEG, ORIENTADO, GLASGOW:15
ESCORIAÇÃO EM COTOVELO ESQ
DOR MOBILIZAÇÃO QUADRIL ESQ

SOL RX

Resultados de Exames:

RX SEM ALTERAÇÕES

Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001
Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CRM: 21457, Data e Hora: 28/04/2018 15:22:45
Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torreão CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Nº registro: 617098

Dt. Nasc.: 25/02/47 - 71 ano(s)

Sexo: Masculino

Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Fone: 61 3132-4096

Endereço: R ASIRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARÔ, RECIFE - PE

Data/hora: 28/04/2018 - 13:29 **Nº pág.:** 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- VITIMA DE QUEDA DE MOTO TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO: SANGRAMENTO NASAL, TRAUMA COM ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5

GLASGOW 15

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: (1)

Temperatura: °

PA: 14 mmHg

HGT: mg/dL

EGO: CONSCIENTE, ORIENTADO, ECG 15, EUPNEICO

AVC: RCR 1T BNF SS FC 98 BPM

AR: MV+EM AHT SEM ADV SATO2: 99% AA

ABD: GLOBOSO, RMA + DEPRESSÍVEL, INDOLOR

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Lei nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 21457. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CEP: 10640-540 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4449





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
15/5/2018	# ADMISSÃO
15:30	PACIENTE REFERE TRAUMA MOTO X BICICLETA HÁ 18 DIAS EVOLUINDO COM HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA. NEGA DOR AO TOQUE NEGA ALERGIAS, REFERE HAS NEGA DM
	AO EXAME: BEO, LUCIDO, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL
	HD. HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA
	CD. SOLICITO PCR, VHS, HEMOGRAMA COMPLETO E PARECER DA CARDIO
	16/05/18 # SOTA# HD. Hematoma em quadril (E) Paciente sem queixas BEB, LOTS, Eupneico, Afebril CD. Dr. Augusto
	17/05/18 # SOTA# HD. Hematoma em quadril (E) Paciente sem queixas BEB, LOTS, Eupneico, Afebril CD. Dr. Augusto





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina
Prof. Pernambuco Figueres

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Antônio Felisberto do Nascimento REG: 179977

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT #
18/08/18	HD. Hematoma em quadril (E) Paciente refere dor amarela (P) Cirurgia Bx. LTB, Salpê, ... Cid. Ref. Cirurgia
19/08/2018 05:05	# SOT # HD. Hematoma em quadril (E) P.T. x manuseio Bx. LTB, Salpê, ... Cid. Ref. Cirurgia
20/08/18	# SOT # H.P. Hematoma em quadril (E) Paciente refere dor
	Dr. Biston Freire Otorrinolaringologista CRM 25.354



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

[illegible]



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 15/5/2018 DATA DA ALTA 20/05/18

DIAGNÓSTICO: *Fratura de costela (E)*

TRATAMENTO REALIZADO:

Resolução

ORIENTAÇÃO:

Prescrição exclusiva de hospital

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

[Assinatura]





MIGUEL ARRAES



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNE () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

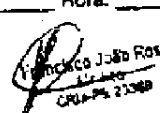
HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNE () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	MORÁRIO	RESPONSÁVEL



EXAME NEUROLÓGICO			
Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()			
Escala de Coma de Glasgow (ECG)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5
Abertura Ocular a voz	3	Confuso	4
Abertura Ocular a dor	2	Resposta Inapropriada	3
Sem abertura ocular	1	Sem compreensão	2
		Sem resposta verbal	1
			6
			5
			4
			3
			2
			1
TOTAL DE PONTOS ECG: _____		Classificação TCE pela ECG ECG 3-8: TCE Grave ECG 9-13: TCE Moderado ECG 14-15: TCE Leve	
Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit sensorial () Dificuldade na fala () Avaliação Pupilar: Isotópicas () Anisotópicas () Mídrises () Miose ()			
NATUREZA DA LESÃO			
Presença de sangramento externo: S() N() Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fratura Pélvis: S() N() Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()			
USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS			
Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros () Hábito Alcolílico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor () Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros () Lótilo () Maconha() Cocaína() Crack() Lapa-perfume() Anfetaminas() Éxtase()			
CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO			
Imobilização da Coluna Cervical: S() N() Imobilização Tala Gessada: S() N() Antibiótico: S() N() Específico: _____ Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP () Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N() Emibração Orotraqueal: S() N() Ventilação Mecânica: Modalidade _____ FIO2: _____		Reanimação Cardiopulmonar: S() N() RX: S() N() Analgesia: S() N() Infusão de Fluidos: S() N() Específico: _____ Volume de Fluidos Infundido: _____ Outras Condições: _____ Intercorrências: _____	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA			
Demagem Cirúrgica			
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO			
Hospital para onde foi encaminhado: _____		Hora: _____	
Médico Regulador: _____			
Transferência com acompanhamento Médico: S() N()			
14/05/18, Uluda-RE Local e data		 Médico Assistente	



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES
Sistema de Gerenciamento de Internação
Frente da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: MAYARAAM
Em: 20/05/2018 21:12

Atendimento: 428735

Dt Alta: 20/05/2018 21:21

Atendimento: 18/05/2018 08:06

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNAÇÃO

Leito: 694 VERD2-18

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES

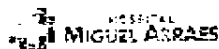
Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



PACIENTE : JAIR LUIZ DE SOUZA
NASCIMENTO: 12/9/1978 IDADE: 39 SEXO: MASCULINO
MÃE: MARILUCE MARIA DE SOUZA
ENDEREÇO: RUA DO. NÚMERO: 1788
BAIRRO: NOBRE
CIDADE: PAULISTA





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Edilson de Figueiredo Registro: 114991
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora
 11/06/18
 #561
 -> 1401 FO 25/05/18 77km Barro Colorado
 Set inclui rep. glândula no nariz
 -> FO: Rom. aspecto sem alteração
 -> CD Condensar
 Retorno Men
 L. Carlos H. Zende
 Ortop. e Cir. / 11/06/2018
 CRM-SP 22586
 09/07/18
 Set
 1401 Lesão de nariz lateral
 FO Sem Flacidez em S
 de L
 1401 Retorno em 1 mês
 p/ Coger Algodão
 L. Carlos H. Zende
 Ortop. e Cir. / 09/07/2018
 CRM-SP 22586





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 429575

Senha da Classificação:

P0006

Data e Hora: 22/05/2018 12:38

Paciente: 114371 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

814

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSN

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Horas:

Queixa Principal

Paciente com história de trauma há cerca de 27 dias, com dor e inchaço no tornozelo direito. Apresenta dificuldade de marcha.

Exame Físico

TOE: Exame físico apresenta edema no tornozelo direito. MM: sem alterações.

Hipótese Diagnóstica

TOE: Paciente admitido no Hospital em 22/05/2018. Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Prescrição Médica

Prescrição: Analgésico pontual

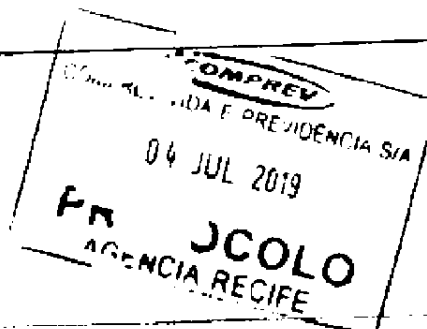
Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha:





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 429760
Usuário: ALYNEMA

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			Prontuário:	114971
Idade:	71a 2m 25d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	25/2/1947
Profissão:		Estado Civil:	CASADO		
R.G.:	820929	C.P.F.:	21720177449	Telefone:	31324096
Endereço:	RUA ASTRONAUTA COLLINS			CEP:	50040160
			614 - SANTO AMARÓ	RECIFE	PE
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	23/5/2018 12:38
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Leito:	VERD2-15

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	22/05/18			Hora da Alta:	10
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Bom				
Diagnóstico Principal.....:	Hernia Lumbal e L4-L5				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Procedimento.....:	Drenagem cirúrgica				
	REVISADO COIH-HMA				
	Médico e CRM:				
 Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

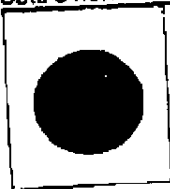


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Recun. de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 12:37



Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 429575
SAME: 102090

Período: 22/05/2018 12:48 - 22/05/2018 12:51

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA AO SERVIÇO COM RELATO DE DOR MIE(VITIMA DE COLISAO MOTO X BICICLETA- 24/04/18)- AG REALIZAÇÃO DE DRENAGEM?

Observação:

HAS+DM-ALERGIAS-

Exatograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEdia

Eliminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEdia

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPHMA

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local.....
Injeção.....
Exame.....

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 12:51

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
22/5/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
17:00 PM	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA/MOTO HÁ CERCA DE 22 DIAS, APRESENTANDO HEMATOMA EM MIE. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES AO EXAME: EGR EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, NORMOCORADO MIE: EDEMA + HDI: HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA CD: INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR FAGNER PREOP OK (PACIENTE TINHA EVADIDO)
23/05/18	Paciente com dor no joelho sem queixas no momento Rx: 01 Agulha
24/05/18	Paciente sobe no leito sem queixas no momento 01 Agulha
27/05/18	# SOT # HDI: PO de drenagem cirúrgica de Mieloma múltiplo na coxa Pte. estável, sem queixas Neg. LORF, eufórico, afébril. PO de drenagem de 22 cc CD: alta para ambulatório



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: JENNIFERMLS
Em: 27/05/2018 14:21

Atendimento: 429760

Dt Atendimento: 23/05/2018 - 12:38

Dt Alta: 27/05/2018 - 14:33

Paciente: 114571

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 0301080070 - DIAGNOSTICO EXCU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Laudo para solicitação de autorização de Internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2. CNES	6421869
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4. CNES	6421869

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		6. Nº Prontuário	
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO		114971	
7. Cartão Nacional de Saúde	8. Data de Nascimento	9. Sexo	10. Raça/Cor
03108843021560	28/02/1947	M	93 - Parda
11. Nome da Mãe		12. Endereço de Contato	
JULMIRA ROSA DO NASCIMENTO		8131324098	
13. Nome Responsável		14. Telefone de Contato	
JACUEL FELISBERTO		31324098	
15. Endereço (Rua, Nº, Bairro)		17. RG	
RUA ASTRONAUTA COLLINS, 814 - SANTO AMARO		281188	
16. Município	18. UF	19. CEP	
RECIFE	PE	50040160	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

3. Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
1200 MOTO X BICICLETA HA 18 DIAS EVOLUINDO COM COLEÇÃO TRUQUA EM SUBCUTÂNEO DE COXA ESQUERDA

4. Condições que justifiquem a internação:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

5. Principais Resultados de Exames Diagnósticos:
IMAGEM DE EXAME FÍSICO

6. Diagnóstico (Módulo / Código):
HEMORRAGIA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

7. Descrição do Procedimento Solicitado: DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

8. Especialidade: CIRURGICA
9. Caracter de Atendimento: 2
10. Documento: (X) CNES () CPF
11. Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante: 960016278437533
12. Nome do Profissional Solicitante: BORMANE DE CARVALHO BRITTO
13. Data de Solicitação: 15/05/2018
14. Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho): 15339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

15. Vínculo com a Previdência:
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

16. Nome do Profissional Autorizador:
17. Cod. Órgão Emissor: 8260000001
18. Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AHI): 261810160447-0

19. Documento:
20. Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador:
21. Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho):
22. Data de Autorização:
23. Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho):

Código do Laudo: 428509





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 428735

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaqueira - Paulista - PE
CEP: 53.400-000

Usuário: ROSEALHERSON

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO			Prontuário:	114971
Idade:	71a 2m 19d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	25/2/1947
Profissão:		Estado Civil:	CASADO		
R.G.: 820929	C.P.F.: 21720177449	Escolaridade:		CEP	50040160
Endereço:	RUA ASTRONAUTA COLLINS		Telefone:	31324096	- RECIFE
			614	SANTO AMARO	- PE
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação:	16/5/2018	08:06
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Plano:	GERAL	
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA		Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito: VERDE-18
Médico Internação:	PLANTONISTA CIRURGIA GERAL				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	ESTURADO
Endereço:	Numero:		02/06/18
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	QUALIFICACAO SOLTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	30/05/18	Hora da Alta:	12:00
Motivo:	☐ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☒ Evasão	
Condições de Alta:	BOM		
Diagnóstico Principal.....:	Manobras Coxas		
Diagnóstico Secundário01.:	REVISADO CCH-HMA		
Diagnóstico Secundário02.:	REVISADO CCH-HMA		
Procedimento.....:			
	Médico e CRM:		

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

AutORIZO a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



ITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

10/04/2020
M. Chaves

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 15/05/2018 08:02

Nome Paciente: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 114971
Data de Nascimento: 25/02/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: 0005
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 428509
SAME: 102090

Período: 15/05/2018 08:48 - 15/05/2018 08:53
FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Exatidão Principal: PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA HÁ 18 DIAS COLISÃO MOTOX BICICLETA
Observação: PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5428574. HAS, NEGA DM E ALERGIA
MEDICAMENTOSA.

Programa sintoma: TRAUMA
Eliminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Exatidão Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPI HAMA

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/05/2018 08:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Senha de Classificação:

0003

Atendimento: 428539

Data e Hora: 15/05/2018 08:06

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social: Convenio: 2 SUS - EXTERNO URGENCIA

Data do Nascimento: 25/02/1947 Idade: 71 anos Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346

Estado Civil: CASADO Nome do Médico: 614 Bairro: SANTO AMARO

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Cidade/UF: RECIFE

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Doença aguda, com dor no quadril direito, com dificuldade de andar, há 15 dias. História de hipertensão arterial sistólica (HAS) em uso de medicação.

Exame Físico

Exame físico sem alterações de quadril (E) de 15cm.

Hipótese Diagnóstica

Lesão em fratura de quadril (E)

Prescrição Médica

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:





UPA 24h

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 54 26 524

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Antonio Fabiano dos Nascimento Idade: 71
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Sobressatamento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Arma Branca/Tipo: _____
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Outras: () Citar: _____
Agressão Sexual: () Maus Tratos () Outros: () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Tórax () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: paciente com história de trauma há 16 dias
fratura de fêmur direita
fratura de costela esquerda
Hipótese Diagnóstica: fratura de fêmur direita fratura de costela esquerda

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercoastal S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Teto: S () N () Reflexo Xagide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-60
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-180
< 1 ano 90-140
Crianças 80-110
Adulto 60-100





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		2 - CNES
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº Protocolo
5 - Nome do Paciente	ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO	114971
7 - Cartão Nacional do SUS	703108883021560	10 - Data de Nascimento
8 - Data de Nascimento	25/02/1947	10.1 - Sexo
9 - Sexo	☒ Masculino ☐ Feminino	10.2 - Não Se Aplica
10 - Racião	03 - Parda	12 - Telefone de Contato
11 - Nome da Mãe	ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO	8131324086
13 - Nome Responsável	MARIA SOLANGE	14 - Telefone de Contato
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ASTRONAUTA COLLINS, 814 - SANTO AMARO	31324086
16 - Município	RECIFE	17 - RG
17 - RG	251180	18 - UF
18 - UF	PE	19 - CEP
19 - CEP	60040190	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - Principais sintomas e sintomas clínicos		
21 - Principais resultados de exames complementares		
22 - Principais resultados de exames complementares		
23 - Diagnóstico Inicial / Código		
24 - CID 10 Principal		
25 - CID 10 Secundário		
26 - CID 10 Causas Associadas		
27 - Descrição do Procedimento Solicitado		
28 - Código do Procedimento		
29 - Especialidade		
30 - Caracter de Atendimento		
31 - Documento		
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
33 - Data de Solicitação		
34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		
36 - CNPJ Seguradora		
37 - CNPJ Empresa		
38 - CNPJ Empresa		
39 - CNPJ Empresa		
40 - CNPJ Empresa		
41 - CNPJ Empresa		
42 - CNPJ Empresa		
43 - CNPJ Empresa		
44 - CNPJ Empresa		
45 - CNPJ Empresa		
46 - CNPJ Empresa		
47 - CNPJ Empresa		
48 - CNPJ Empresa		
49 - CNPJ Empresa		
50 - CNPJ Empresa		
51 - CNPJ Empresa		
52 - CNPJ Empresa		
53 - CNPJ Empresa		
54 - CNPJ Empresa		
55 - CNPJ Empresa		
56 - CNPJ Empresa		
57 - CNPJ Empresa		
58 - CNPJ Empresa		
59 - CNPJ Empresa		
60 - CNPJ Empresa		
61 - CNPJ Empresa		
62 - CNPJ Empresa		
63 - CNPJ Empresa		
64 - CNPJ Empresa		
65 - CNPJ Empresa		
66 - CNPJ Empresa		
67 - CNPJ Empresa		
68 - CNPJ Empresa		
69 - CNPJ Empresa		
70 - CNPJ Empresa		
71 - CNPJ Empresa		
72 - CNPJ Empresa		
73 - CNPJ Empresa		
74 - CNPJ Empresa		
75 - CNPJ Empresa		
76 - CNPJ Empresa		
77 - CNPJ Empresa		
78 - CNPJ Empresa		
79 - CNPJ Empresa		
80 - CNPJ Empresa		
81 - CNPJ Empresa		
82 - CNPJ Empresa		
83 - CNPJ Empresa		
84 - CNPJ Empresa		
85 - CNPJ Empresa		
86 - CNPJ Empresa		
87 - CNPJ Empresa		
88 - CNPJ Empresa		
89 - CNPJ Empresa		
90 - CNPJ Empresa		
91 - CNPJ Empresa		
92 - CNPJ Empresa		
93 - CNPJ Empresa		
94 - CNPJ Empresa		
95 - CNPJ Empresa		
96 - CNPJ Empresa		
97 - CNPJ Empresa		
98 - CNPJ Empresa		
99 - CNPJ Empresa		
100 - CNPJ Empresa		

AIH
261810160400-8

Código do Laudo: 429575



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página 0001
Data 25/05/2018
Hora 17:34

Scheda Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 49780
Paciente: 114971

Convênio Alend: 1
Letão: 691

DI. Inicio: 25/05/2018 16:38

Sala: 0003 SALA 03
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
SUS - INTERNACAO
VERD2-15

DI. Fim: 25/05/2018 17:28

Atendimento: 429760

Carteira

Idade: 71 Anos 17 Horas

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Procedimento

Procedimento: 0407040030

Convênio: 001

Anestesia: 05

DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: MORELL LAVALLÉE EM COXA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRURGICA

OPERADOR: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: DR RENATO HOLANDA

2º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
 3. INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 20CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO PROXIMAL COXA ESO
 4. DRENAGEM DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROSSANGUINOLENTA SUPERFICIAL À FÁSCIA
 5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 3.000ML
 6. REALIZAÇÃO DA HEMOSTASIA
- SUTURA POR PLANOS
CURATIVO ESTERIL

Documentação médica - hospitalar



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Renato do Nascimento
Ortopedia e Traumatologia

DR(A): JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM: 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Nº registro: 617098

Di. Nasc: 25/02/47 - 71 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Fone: 81 3132-4096

Endereço: R ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE - PE

Data/hora: 28/04/2018 - 13.29 **Nº pág.:** 2/2

EXT: BEM PERFUNDIDAS, PULSO+, CHEIO E SIMÉTRICO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Y03 - AGRESSÃO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEÍCULO A MOTOR; | PANCADA, GOLPE OU ATROPELAMENTO, DE MODO DELIBERADO COM VEÍCULO A MOTOR

OBSERVAÇÕES:

Evolução do paciente:

VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS.
JA ATENDO O PACIENTE APÓS CONSULTA DA CLÍNICA MÉDICA QUEIXA-SE DE DOR EM QUADRIL
A ESQ E EM COTOVELO ESQ

EF: BEG, ORIENTADO, GLASGOW:15
ESCORIAÇÃO EM COTOVELO ESQ
DOR MOBILIZAÇÃO QUADRIL ESQ

SOL RX

Resultados de Exames:

RX SEM ALTERAÇÕES

Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001
Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CRM: 21457, Data e Hora: 28/04/2018 15:22:45
Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torreão CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





Nome: **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**

Nº registro: **617098**

Dt. Nasc.: **25/02/47 - 71 ano(s)**

Sexo: **Masculino**

Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**

Fone: **61 3132-4096**

Endereço: **R ASIRONAUTA COLLINS, nº 614, SANTO AMARÔ, RECIFE - PE**

Data/hora: **28/04/2018 - 13:29** Nº pág.: **1/2**

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- VITIMA DE QUEDA DE MOTO TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO: SANGRAMENTO NASAL, TRAUMA COM ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 5

GLASGOW 15

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: (1)

Temperatura: °

PA: 14 mmHg

HGT: mg/dL

EGO: CONSCIENTE, ORIENTADO, ECG 15, EUPNEICO

AVC: RCR 1T BNF SS FC 98 BPM

AR: MV+EM AHT SEM ADV SATO2: 99% AA

ABD: GLOBOSO, RMA + DEPRESSÍVEL, INDOLOR

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Lei nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: **ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA** CPF: 21457. Data e Hora: 28/04/2018 15:22:46.

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CEP: 50640-540 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4449





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
15/5/2018	# ADMISSÃO
15:30	PACIENTE REFERE TRAUMA MOTO X BICICLETA HÁ 18 DIAS EVOLUINDO COM HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA. NEGA DOR AO TOQUE NEGA ALERGIAS, REFERE HAS NEGA DM
	AO EXAME: BEO, LUCIDO, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRI
	HD. HEMATOMA SUBCUTANEO EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA
	CD. SOLICITO PCR, VHS, HEMOGRAMA COMPLETO E PARE DA CARDIO
	16/05/18 # SOTA# HD. Hematoma em quadril (E) Paciente sem queixas BEB, LOTS, Eupneico, Afébril Cd. Dr. Augusto
	17/05/18 # SOTA# HD. Hematoma em quadril (E) Paciente sem queixas BEB, LOTS, Eupneico, Afébril Cd. Dr. Augusto





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RESPONSÁVEL





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina
Prof. Pernambuco Figueres

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Antônio Felisberto do Nascimento REG: 179971

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT #	
18/08/18	# SOT II	HD. Hematoma em quadril (E) Paciente refere dor amarela (P) Cirurgia Bx. LTB, Salpê, ... Cid. Ref. Cirurgia
19/08/18	# SOT II	HD. Hematoma em quadril (E) P.T. x manuseio Bx. LTB, Salpê, ... Cid. Ref. Cirurgia
20/08/18	# SOT II	HD. Hematoma em quadril (E) Paciente refere dor Cirurgia
		Dr. Biston Freire Otorrinolaringologista CRM 22.75.354



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

[illegible]



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO REG: 114971

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 15/5/2018 DATA DA ALTA 20/05/18

DIAGNÓSTICO: *Fratura de costela (E)*

TRATAMENTO REALIZADO:

Resolução

ORIENTAÇÃO:

Prescrição exclusiva de hospital

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

[Assinatura]





MIGUEL ARRAES



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LITO: _____
SEXO: _____ PESO NA ADMISSÃO: _____ Kg PESO ATUAL: _____ Kg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

HORAS: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNE () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

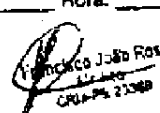
HORAS: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNE () SNE () SOG () Gastrostomia () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar/Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	MORÁRIO	RESPONSÁVEL



EXAME NEUROLÓGICO			
Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()			
Escala de Coma de Glasgow (ECG)			
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
Abertura Ocular Espontânea 4	Orientado 5	Obedece ao comando 6	
Abertura Ocular a voz 3	Confuso 4	Localiza Estímulo Doloroso 5	
Abertura Ocular a dor 2	Resposta Inapropriada 3	Retirada ao Estímulo Doloroso 4	
Sem abertura ocular 1	Sem compreensão 2	Desorientação 3	
	Sem resposta verbal 1	Desorientação 2	
		Sem resposta motora 1	
TOTAL DE PONTOS ECG: _____			
Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit sensorial ()			Classificação TCE pela ECG ECG 3-8: TCE Grave ECG 9-13: TCE Moderado ECG 14-15: TCE Leve
Dificuldade na fala ()			
Avaliação Pupilar: Isotópicas () Anisotópicas () Miotíase () Miose ()			
NATUREZA DA LESÃO			
Presença de sangramento externo: S() N()			
Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fratura Pélvis: S() N()			
Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()			
USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS			
Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()			
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()			
Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()			
Lolô() Maconha() Coca() Cocaína() Crack() Langa-perfume() Anfetaminas() Éxtase()			
CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO			
Imobilização da Coluna Cervical: S() N()		Reanimação Cardiorrespiratória: S() N()	
Imobilização Tala Gessada: S() N()		RX: S() N() Análise: S() N()	
Antitoxoterapia: S() N() Específica: _____		Infusão de Fluidos: S() N() Específica: _____	
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()		Volume de Fluidos Infundido: _____	
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()		Outras Condutas: _____	
Embração Orotraqueal: S() N()		Intercorências: _____	
Ventilação Mecânica: Modalidade _____		FIO2: _____	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA			
<i>Demagem Cirúrgica</i>			
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO			
Hospital para onde foi encaminhado: <i>HMS</i>		Hora: _____	
Médico Regulador: _____			
Transferência com acompanhamento Médico: S() N()			
<i>14/05/18, Uluanda-PE</i> Local e data		 Médico Assistente	



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES
Sistema de Gerenciamento de Internação
Frente da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: MAYARAAM
Em: 20/05/2018 21:12

Atendimento: 428735

Dt Alta: 20/05/2018 - 21:21

Atendimento: 18/05/2018 - 08:06

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNAÇÃO

Leito: 694 VERD2-18

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



PACIENTE : JAIR LUIZ DE SOUZA
NASCIMENTO: 12/9/1978 IDADE: 39 SEXO: MASCULINO
MÃE: MARILUCE MARIA DE SOUZA
ENDEREÇO: RUA DO. NÚMERO: 1788
BAIRRO: NOBRE
CIDADE: PAULISTA





HOSPITAL
MIGUEL ARRÁEZ



EVOLUÇÃO CLÍNICA

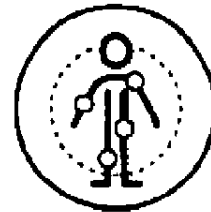
Nome: Antônio Edson de Almeida Registro: 114991
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Setor
11/06/18	Setor 25/05/18 Miguel Arraéz Clínica
Foi avaliada com glaucoma no menor → FO: com aspecto normal	
- CP Condensada Atenuada H. em	
L. Perna H. em C. P. 11/18 CRM 11/18	
09/07/18	Setor
MDI Lesão de nível labial	
FO Sem Flacidez em S. em	
de S. em	
MDI Rubens em L. em	
de C. em	
CRM 11/18	



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ANTONIO FERNANDO DE NASCIMENTO
Data de nascimento 25, 02, 1947 RG 020929 CPF 217.301.774/49

DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 25, 04, 2018
Nº do B.O. 18E0092002004
Resumo clínico Alguém levou de minuto de trauma; to-
que não tem na cartela + com.

Diagnóstico Tr. Fechado
Tratamento com fixação + observação ortopédica
Sequelas 1- lesão dos elementos fixos
2- dor funcional nos movimentos de abdução
coaxial

Data da alta ambulatorial definitiva 18, 10, 19

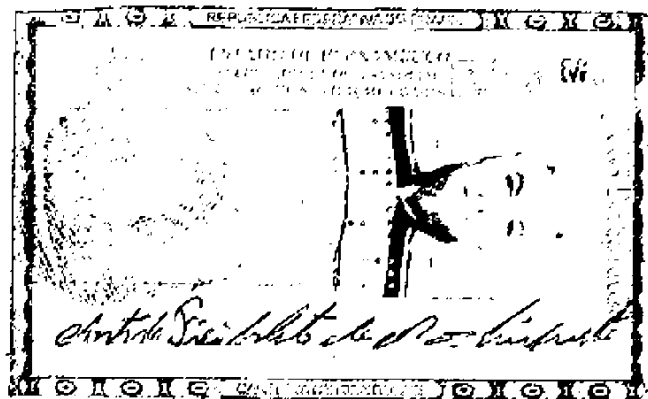
Abreu e Lima, 18 Outubro de 2019

Dr. Pedro Marques
Traumatologista-Ortopedia
CRM 8594

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278



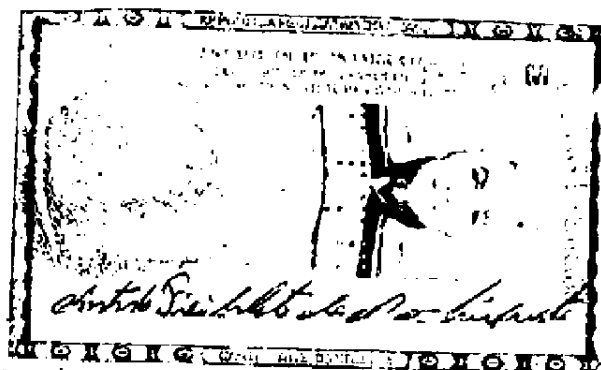


Documentos de identificação



VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
820.929	23/06/2012
<< ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO >>	
ALIANÇA - PE	25/02/1947
<< CC.6299 L.128 F.101 CART.192CIFE- PE 25.04.1979 >>	
217.201.774-49	





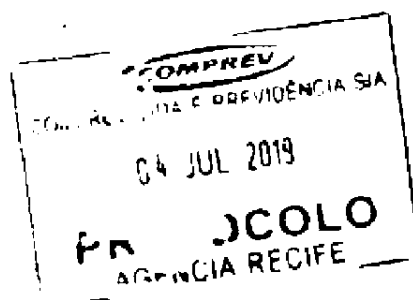
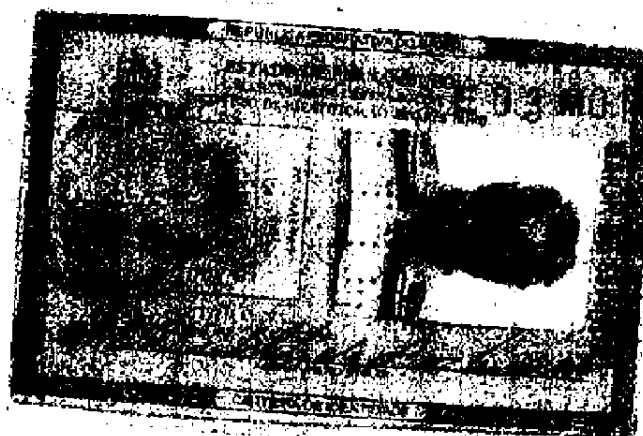
Documentos de identificação

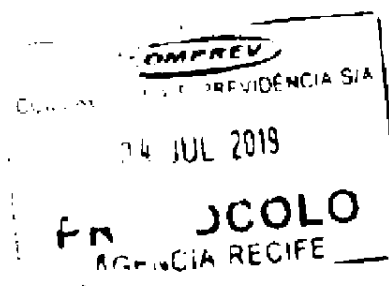
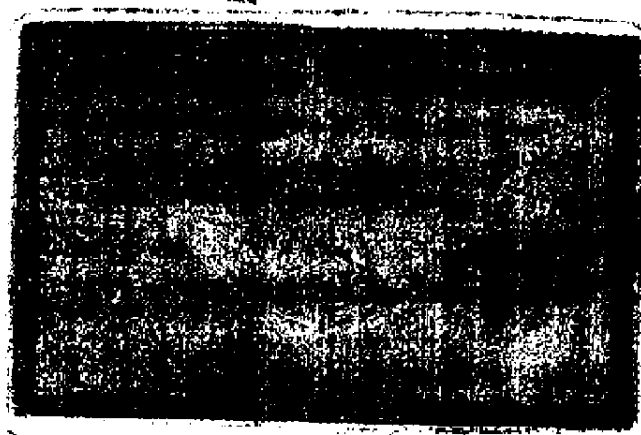


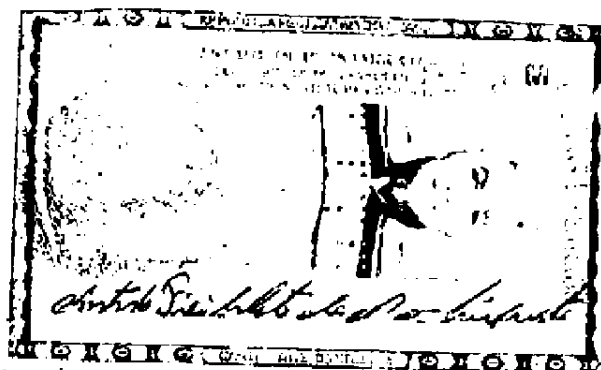
820.929	23/06/2012
<< ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO >>	
ALIANÇA - PE	25/02/1947
<< CC.6299 L 123 7.101 CART.1-RECIFE- PE 25.04.1979 >>	
217.201.774-49	

COMPREV
COMP. RE. J. DA P. PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2019
FR JCOLO
AGÊNCIA RECIFE









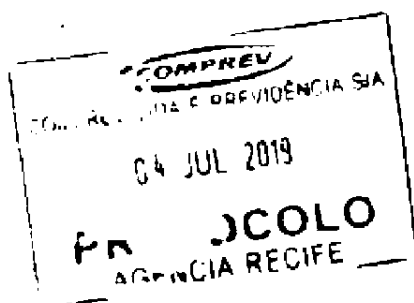
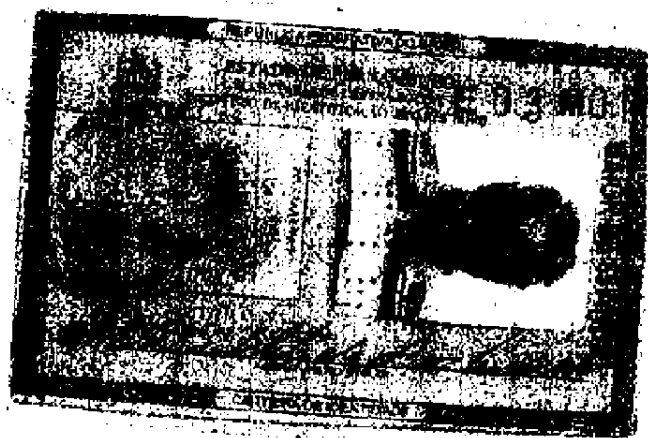
Documentos de identificação

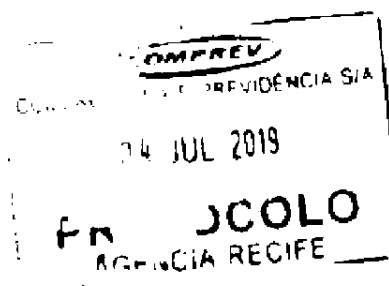
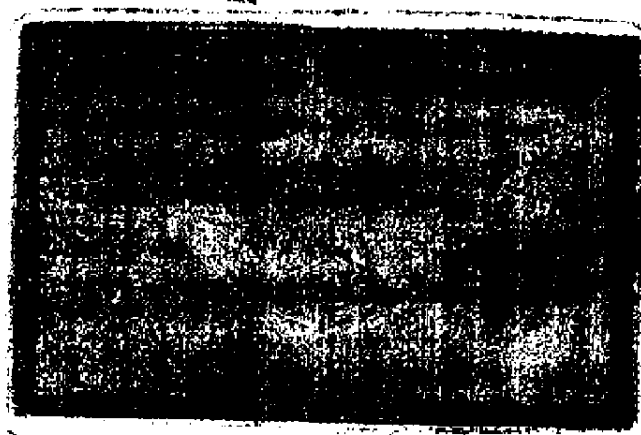


820.929	23/06/2012
<< ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO >>	
<< ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO >>	
ALIANÇA - PE	25/02/1947
<< CC.6299 L 123 7.101 CART.1-RECIFE- PE 25.04.1979 >>	
217.201.774-49	

COMPREV
COMP. RE. JDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2019
FR JCOLO
AGÊNCIA RECIFE









CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO filho(a) de JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO e de ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 71 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de ALIANÇA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 820929, profissão APOSENTADO, endereço RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SANTO AMARO, telefone/s (81)3132-4096, (81)99230-0451, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torrões. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Alexandre José Pereira de Lima, CRM 23457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MLE...". Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Drº Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x moto há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MLE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) De lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

PROJETO CORRUPÇÃO - DOCUMENTO NÃO CONFORME

- () HO em cópia simples
() Comprovante de despesas médicas em cópias
() Certidão de Óbito em cópia simples
☒ Laudo de IML em cópia Simples

Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação

Seguradora Líder - DPVAT

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39305 / 2018
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.

Gercina Dalva de Albuquerque Bastos Duarte

Perito responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
ANTONIO FELISBERTO
DO NASCIMENTO
30/10/18
Alameda C. 296.534-8
Fundos

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
[Signature]





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLOGICA Nº 39305 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 002A. CIRCUNSCRICAO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 002A. CIRCUNSCRICAO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO** e de **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado (a)**, aparentando a idade de **71 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **ALIANÇA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 820829**, profissão **APOSENTADO**, endereço **RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 614, complemento: NÃO INFORMADO**, bairro **SANTO AMARO**, telefones **(81)3132-4098, (81)89230-0451**, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreva, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torões. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE...". Diz que recebeu alta, e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Drº Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x moto há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
[Assinatura]
PERÍCIA TRAUMATOLOGICA

Página 1 de 2





CÓPIA AUTÊNTICA



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE BASTOS DUARTE - CRM 11974.

[Assinatura]

Perito responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Defesa Social
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Diretoria de Polícia Científica
de **ANTÔNIO FELISBERTO**
do Nascimento
30/10/18 **SIN PROT.**
Alexandre C. 296.534-8
FACULDADE

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
[Assinatura]
FACULDADE



39305/18



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª CIRCUNSCRIÇÃO – BOA VISTA

OF DP2ª CIRC/PCPE Nº 1003 /2018
Ref.: BOE 18E0092002004

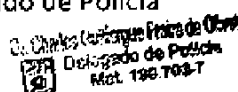
Recife, 20 de setembro de 2018

Senhor Diretor:

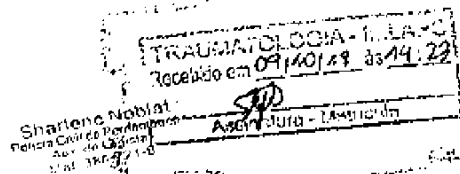
Cumprimentando-o cordialmente, sirvo-me do presente para solicitar os bons préstimos de V. Sª. no sentido de ser procedida o competente **Exame Traumatológico** de **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**, RG nº 820.929 /SDS/PE, brasileiro, natural de Aliança/PE, casado, nascido aos 25/02/1947, filho de João Felisberto do Nascimento e Zulmira Rosa do Nascimento, conforme Boletim de Ocorrência **18E0092002004**.

Solicitamos que o correspondente laudo seja remetido para 2ª Circunscrição Policial – Boa Vista/PE.

Atenciosamente,


CHARLES GULTIERGUE
Delegado de Polícia

Charles Gultiergue
Delegado de Polícia
Mat. 190.703-7

Ao Ilmo Senhor
Diretor do Instituto Médico Legal - Recife/PE
NESTA





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PESSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 38305 / 2018



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Pessivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO filho(a) de JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO e de ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 71 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de ALIANÇA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 828828, profissão APOSENTADO, endereço RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 914, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SANTO AMARO, telefonia (51)3132-4098, (51)99230-0481, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estas questões:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA das Toróes. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE..." Diz que recebeu alta e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e Informe que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanhado do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Drº Luciane Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicycleta x móvel há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

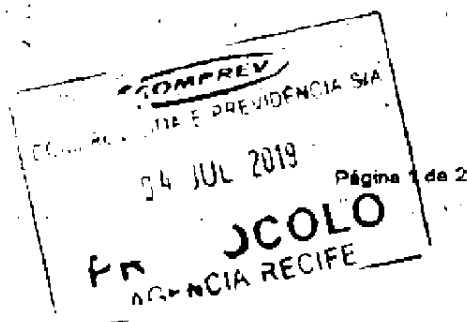
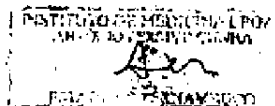
QUESTÕES:

1ª) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2ª) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3ª) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4ª) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, óbito? (especificar)
Não.



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PEREIRA GUNHA

Lido e achado narrado b(n) médico(a) legista que assina Dr(a) GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11674


Perito responsável.

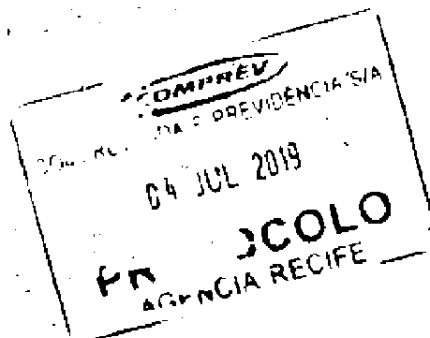
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - Antônio Pereira Gunha
Pernambuco, 05 de Julho de 2019

ANTÔNIO FELISBERTO
do NASCIMENTO

30/10/18 SIN. PROT.

Alexandre C. 296.534-9

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PEREIRA GUNHA



Página 2 de 2





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39385 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14.24 do dia 8 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO filho(a) de JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO e de ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 71 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de ALIANÇA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 828829, profissão APOSENTADO, endereço RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 814, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SANTO AMARO, telefones (81)3132-4088, (81)99230-8451, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local da ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Peritendo relatar acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Torões. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Dr. Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MLE..." Diz que recebeu alta a alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Dr. Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x, mold há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MLE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Clairez linear hipertrômica medindo 180 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) De lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, escarificação de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) De lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

PROJETO DE LEI Nº 1.111, DE 2018, QUE ALTERA O ART. 1º DO DECRETO Nº 1.111, DE 2018, PARA DISPOR SOBRE O REGIME DE LICENCIAMENTO DE CONDUTORES DE VEÍCULOS AUTOMOTORES.

☐ () BU em cópia simples

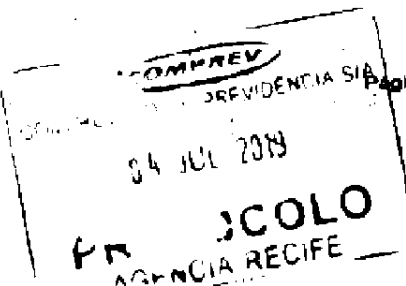
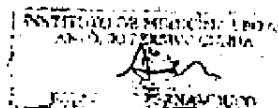
☐ () Comprovante de despesas médicas em cópia

☐ () Certidão de Óbito em cópia simples

☐ () Laudo de IML em cópia simples

Solicitar documento assinado conforme Guia de regularização

Assuredora Líder - DPVAT



Página 1 de 2



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PEREIRA CUNHA

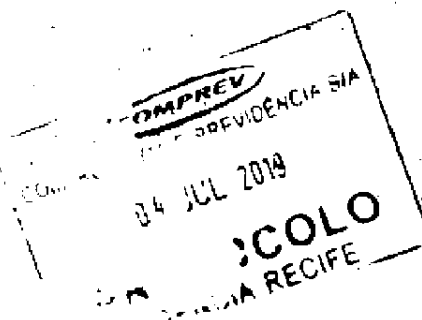
Lido e achado conforme o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.

Perito responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PEREIRA CUNHA
ANTONIO FELISBERTO
DECLARACAO
30/10/18
Alexandre C. 296.534-8

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PEREIRA CUNHA

Página 2 de 2





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PESSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 38305 / 2018



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº. 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Pessivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:24 do dia 9 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO filho(a) de JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO e de ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 71 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de ALIANÇA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 828828, profissão APOSENTADO, endereço RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 914, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SANTO AMARO, telefonia (51)3132-4098, (51)99230-0481, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estas questões:

HISTÓRICO:

Periciando refere acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA das Toróes. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MIE..." Diz que recebeu alta e alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e Informe que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanhando-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Drº Luciane Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicycleta x móvel há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MIE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz linear hipertrófica medindo 160 mm em face lateral da coxa esquerda.

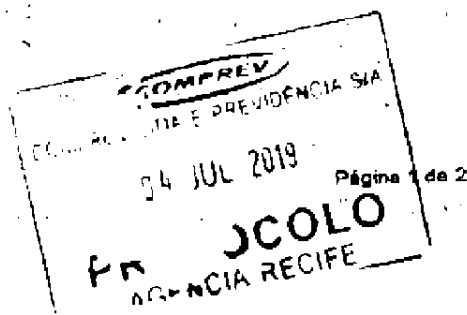
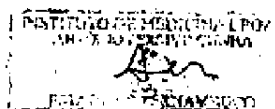
QUESTÕES:

1ª) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2ª) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3ª) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4ª) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, óbito? (especificar)
Não.



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

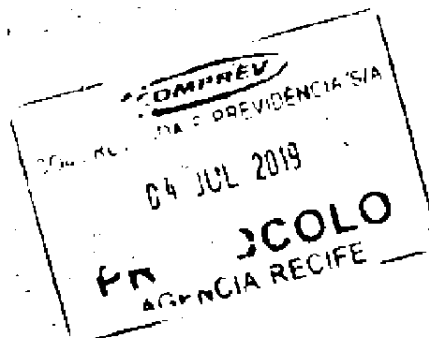
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PEREIRA GUINHA

Lido e achado narrado b(n) médico(a) legista que assina Dr(a) GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11674


Ponto responsável.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - Antônio Pereira Guinha
Pernambuco, 01 de Julho de 2019.
O legista que assina este documento é o Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR.
Data de Nascimento: 20/10/1980
Assinado por: C. 295.534-9

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
DA POLÍCIA DE DEFESA SOCIAL
Pernambuco, 01 de Julho de 2019.



Página 2 de 2





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 39385 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA
Ofício nº 1003 / 2018 Data 9 / 10 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14.24 do dia 8 de Outubro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO filho(a) de JOÃO FELISBERTO DO NASCIMENTO e de ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 71 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de ALIANÇA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 828829, profissão APOSENTADO, endereço RUA ASTRONAUTA COLLINS, nº 814, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SANTO AMARO, telefones (81)3132-4088, (81)99230-8451, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local da ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Peritendo relatar acidente de moto em 28/04/18, diz que foi atendido na UPA dos Tórres. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Dr. Alexandre José Pereira de Lima, CRM 21457, que diz "... Vítima de queda de moto, apresentando sangramento nasal, trauma com escoriações em MSE e MLE..." Diz que recebeu alta a alguns dias após evoluiu com dor na coxa esquerda. Foi novamente para UPA e informa que de lá foi encaminhado para o Hospital Miguel Arraes, acompanha-se do prontuário médico do Hospital Miguel Arraes, datado de 22/05/18, assinado pelo Dr. Luciana Moser, CRM 17171, que diz "... Relato de acidente bicicleta x, mold há cerca de 22 dias, apresentando hematoma em MLE. Necessidade de procedimento cirúrgico..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Clairez linear hipertrômica medindo 180 mm em face lateral da coxa esquerda.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) De lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, escoriação de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (trauma em coxa esquerda).

4º) De lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

PROJETO DE LEI Nº 11.111/2018 - DOCUMENTO NÃO CONFORME

☐ B0 em cópia simples

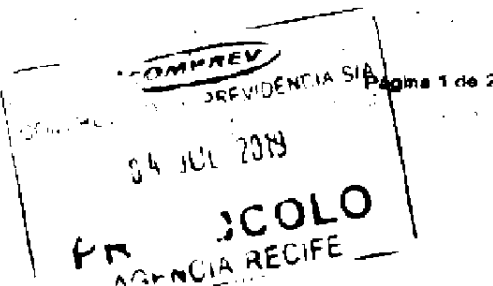
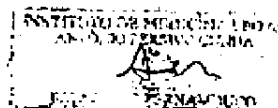
☐ Comprovante de despesas médicas em cópia

☐ Certidão de Óbito em cópia simples

☐ Laudo de IML em cópia simples

Solicitar documento assinado conforme Guia de regulação

Seguradora Líder - DPVAT



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PEREIRA CUNHA

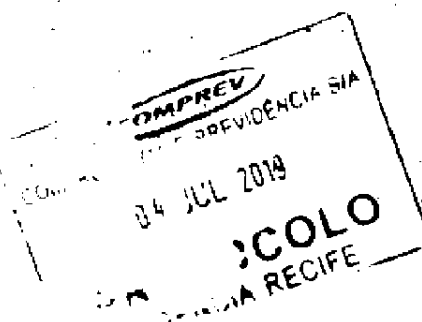
Lido e achado conforme o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE
BASTOS DUARTE - CRM 11974.


Perito responsável.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PEREIRA CUNHA
Departamento de Medicina Legal - Instituto Perito Criminal
Perito
ANTONIO FELISBERTO
DECLARACAO
30/10/18
Alexandre C. 296.534-8

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PEREIRA CUNHA
Departamento de Medicina Legal - Instituto Perito Criminal
Perito
Alexandre C. 296.534-8

Página 2 de 2



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414136/18

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74. .

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
CPF: 217.201.774-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Patricia Aleixo Silva



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Antônio Pelegrino do Nascimento
DATA DO ACIDENTE 28/04/18 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 237.203.774-49

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS
() Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
() CPF do Representante Legal (cópia simples)
() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis.

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidadez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptas médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheira(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Antônio Pelegrino do Nascimento
Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 237.203.774-49
E-mail Fabio_bul - aka @ HOTMAIL.COM Tel. 199230-0431
Data 08-13-2018 Assinatura Antônio Pelegrino do Nascimento 237.203.774-49

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AL - CENTRAL Recife
Atendente ELIZIO GOMES DE MELO Matrícula 8.505.836-0
Data 08/11/2018 Assinatura Elizio Gomes de Melo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537007

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Data do acidente: 28/04/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM HEMATOMA SUBCUTÂNEO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM DO ABCESSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 39305/2018, QUESITO 4º: NÃO.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

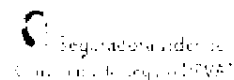
CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414136/18

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

CPF de: Próprio

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
CPF: 217.201.774-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

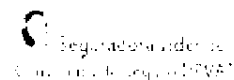
Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Patricia Aleixo Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224456/19

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

CPF de: Próprio

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
CPF: 217.201.774-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

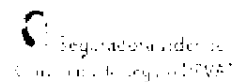
Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

JONATAN BARBOSA DE BARROS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005032/20

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

CPF: 217.201.774-49

CPF de: Próprio

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO : 217.201.774-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
CPF: 217.201.774-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

JONATAN BARBOSA DE BARROS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005574

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

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

Carta nº 15329055

Pág. 01849/01850 - carta_01 - INVALIDEZ

00010925





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005574

Vítima: ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 0000500005 - carta_04 - INVALIDEZ

00070003



Carta nº 15365784



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Antonio Felisberto do Nascimento
PORTADOR(A) DO RG Nº 820 829 EXPEDIDO POR SSS/PE EM 23/06/12 E
CPF 2013201774-59 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Urgia
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.350,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com díg

Autorização de pagamento



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

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1030 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 033 00036954-2

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

Recife 08 de novembro de 2012 Antonio Felisberto do Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

00000001/00







Num. 60124138 - Pág. 108



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS: 237.201.774-49 3 - CPF da vítima: 237.201.774-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Felisberto do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: Antonio Felisberto do Nascimento 6 - CPF: 237.201.774-49 7 - Profissão: Recebeiro 8 - Endereço: Rua Astor Collins 9 - Número: 614 10 - Complemento: 11 - Bairro: São Amaro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50040-160 15 - Fone (xx) 0000-0000: (81) 9966-4814

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

16 - Nome completo do Representante Legal: 17 - CPF do Representante Legal: 18 - Profissão do Representante Legal:

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

19 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

20 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 1030 CONTA: 36959 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

21 - 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 (assinale 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 assinado, autorizo 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 Líder 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DA ÚNICA BENEFICIÁRIA - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

22 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 23 - Data do óbito da vítima:

24 - Grau de parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou neto(netos) viúvo(s)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadrarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento pelo beneficiário, além da responsabilidade criminal por infração no artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 39 - Nome: 40 - Local e Data: Recife 12/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura da testemunha: 45 - Assinatura da testemunha: 46 - Assinatura da testemunha:

47 - Assinatura da testemunha: 48 - Assinatura da testemunha: 49 - Assinatura da testemunha:

50 - Assinatura da testemunha: 51 - Assinatura da testemunha: 52 - Assinatura da testemunha:

53 - Assinatura da testemunha: 54 - Assinatura da testemunha: 55 - Assinatura da testemunha:

56 - Assinatura da testemunha: 57 - Assinatura da testemunha: 58 - Assinatura da testemunha:

59 - Assinatura da testemunha: 60 - Assinatura da testemunha: 61 - Assinatura da testemunha:

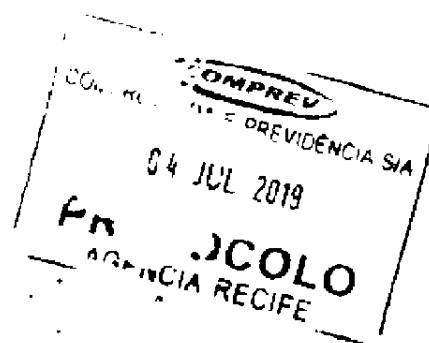
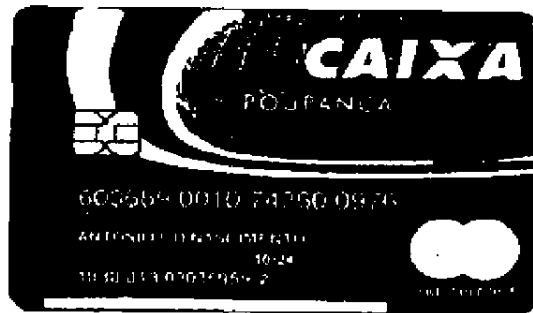
62 - Assinatura da testemunha: 63 - Assinatura da testemunha: 64 - Assinatura da testemunha:

65 - Assinatura da testemunha: 66 - Assinatura da testemunha: 67 - Assinatura da testemunha:

68 - Assinatura da testemunha: 69 - Assinatura da testemunha: 70 - Assinatura da testemunha:

71 - Assinatura da testemunha: 72 - Assinatura da testemunha: 73 - Assinatura da testemunha:

74 - Assinatura da testemunha: 75 - Assinatura da testemunha: 76 - Assinatura da testemunha:





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS: 237.201.774-49 3 - CPF da vítima: 237.201.774-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Felisberto do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: Antonio Felisberto do Nascimento 6 - CPF: 237.201.774-49

7 - Profissão: Recebeiro 8 - Endereço: Rua Astor Collins 9 - Número: 614 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Amaro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50040-160

15 - Fone (x): 819966P-4814 16 - Tel (DDD): 819966P-4814

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 1030 CONTA: 36959 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 (assinale 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 assinado, autorizo 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 Líder 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 DA ÚNICA BENEFICIÁRIA - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou neto(netos) vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadram e preenchem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento pelo beneficiário, além da responsabilidade criminal por infração no artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 38 | Nome: 39 - 38 | Nome: 40 - Local e Data: Recife 12/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha 45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha 47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha 49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha 51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha 53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha 55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha 57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha 59 - Assinatura da testemunha

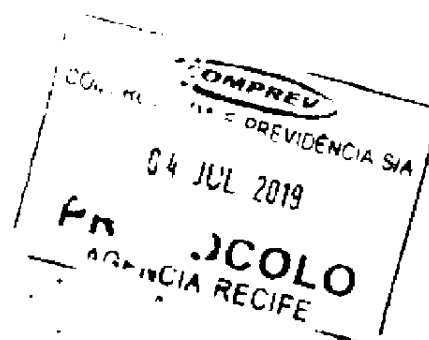
60 - Assinatura da testemunha 61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha 63 - Assinatura da testemunha

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/04/2020 14:37:32

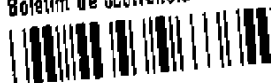
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004011437319410000059103892

Número do documento: 2004011437319410000059103892





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0092002004**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/09/2018** às **11:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia
28/4/2018 às **12:28**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, AVENIDA CRUZ CABUGA, S/N**
Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

RECEBIDO

12 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT

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

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO** Pai: **JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **25/2/1947** Naturalidade: **ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **890928/SS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 992300451**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

file:///C:/Users/Policia%20civil/Infopol/vml/BOEPreview.html

6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARTÓRIO KOMA

Rua Espinheira (Quilômetro 51 - Centro - CEP 50060-510 - Recife - PE - Fone: (81) 3411-0297 - e-mail: cartorio@pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original; dou fé

Em test. da verdade, Recife-PE

SRA. PAULA ALVES DA SILVA BARRETO

Escrevente Autorizada

Emolumentos: 3,41 TSNR: 0,68 TOTAL: 4,09

SELO: 0077248.01X10203810.03967 06/11/2018 15:09:56

Consulte a autenticidade do selo em: www.pe.gov.br/boe/valida



20/09/2018

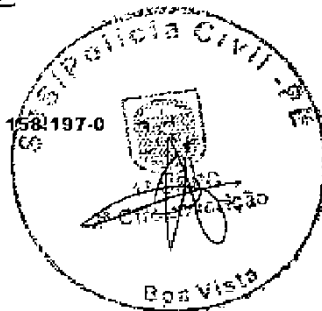
Boletim de Ocorrência

ALEGA A VITIMA QUE TRANSITAVA COM SUA BICICLETA PELA AVENIDA CRUZ CABUGA QUANDO DE REPENTE UMA MOTO COLIDIU NA TRAZEIRA DA SUA BICICLETA VINDO A VITIMA CAIR NO CHÃO E FICOU DESACORDADO E QUE BATEU COM A CABEÇA FORTEMENTE NO CHÃO E FICOU SANGRANDO PELO NARIZ, AONDE FOI LEVADO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O UPA DOS TORRÕES, AONDE FEZ VARIOS EXAMES E FOI CONSTATADOS UM NODULO NA PERNA E DEPOIS FOI LIBERADO, E QUE APOS ALGUNS DIAS APARECEU UM COAGULO NA PERNA PROVINIENTE DA PANCADA E QUE FOI PRECISO FAZER CIRURGIAA, AONDE FOI CIRUGIADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Antonio Felisberto do Nascimento
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WALTER BATISTA LEITÃO - MAT. 158.197-0** - Matrícula: 158197-0



6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARTÓRIO RÔMA

Rua Imperatriz Leopoldina, 55 - Centro - CEP 50070-210 - Recife - PE - Fone: (81) 3124.2191 - e-mail: cartorio@recife.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original; dou fé.

Em test. *da* da verdade, Recife-PE

ANA PAULA ALVES DA SILVA BARRETO

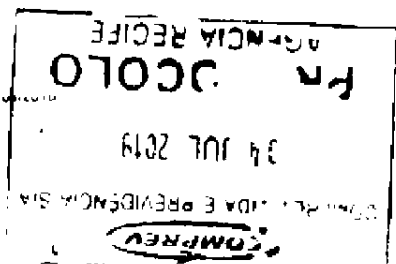
Escrevente Autorizada

Emolumentos: 3,41 TSNR: 0,68 TOTAL: 4,09

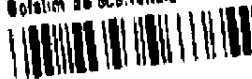
SELO: 0077248.R7B10201810.03866 06/11/2018 15:09:55

Controle e validação da autenticidade das cópias





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0092002004

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/09/2018 às 12:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado), que aconteceu no dia 20/09/2018 às 12:28

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, AVENIDA CRUZ CABUGA, S/Nº
Bairro: SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo Masculino, Nome: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO PM JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 25/11/1947 Naturalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 890620/DS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(a) Escolaridade: 1ª, GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: 992300451

Motivo da Viagem: OUTROS

Endereço Residencial: BAIRRO DE SANTO AMARO (BAIRRO), 1, RUA ASTRONAUTA COLLINS, 614 - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

file:///C:/Users/Policia%20Civ%20PE/lopolvsm/BOEP/preview.html

6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Cópia autenticada conforme original, com 16
Em test. de verdade, Recife-PE
SOL PAULA ALVES DA SILVA BARRETO
Escritorante Autorizada
Evoluentes: 3,43 TSMR: 0,68 TOTAL: 4,09
CÓDIGO: 0077240.012103010.03967 06/11/2018 15:09:56



28/09/2018

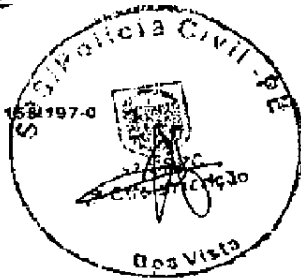
Boletim de Ocorrência

ALEGA A VITIMA QUE TRANSITAVA COM SUA BICICLETA PELA AVENIDA CRUZ CABUDA QUANDO DE REPENTE UMA MOTO COLIDIU NA TRAZEIRA DA SUA BICICLETA VINDO A VITIMA CAIR NO CHAO E FICOU DESACORDADO E QUE BATEU COM A CABEÇA FORTEMENTE NO CHAO E FICOU SANGRANDO PELO NARIZ, AONDE FOI LEVADO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O UPA DOS TORRÕES, AONDE FEZ VARIOS EXAMES E FOI CONSTATADOS UM HEMATOMA NA PERNA E DEPOIS FOI LIBERADO, E QUE APÓS ALGUNS DIAS APARECEU UM COAGULO NA PERNA PROVENIENTE DA PANCADA E QUE FOI PRECISO FAZER CIRURGIA, AONDE FOI CIRURGIADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAS. NADA MAIS DISSO DE REGISTRO.

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

Antonio Felisberto do Nascimento
ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

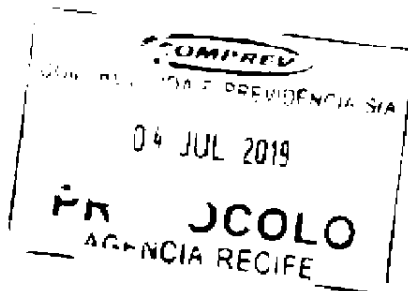
B.O. registrado por: WALTER BATISTA LEITÃO - MAT. 158.197-0 - Matrícula: 158.197-0



6º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - PE - CARVALHO RONA

(Cópia autenticada conforme original); dou fé.
Em test. da verdade, Recife-PE
SOL PAULA ALVES DA SILVA BARRETO
Escritor Autorizada
Emolumentos: 3,41 TSMR: 0,68 TOTAL: 4,09
CNPJ: 04777488/000100000000000000 05/11/2018 15:06:35

Assinado eletronicamente por: SOL PAULA ALVES DA SILVA BARRETO



file:///C:/Users/afelipe/OneDrive/Desktop/BOB/Previsão.html

2/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS: 237.201.774-49 3 - CPF da vítima: 237.201.774-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Felisberto do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: Antonio Felisberto do Nascimento 6 - CPF: 237.201.774-49

7 - Profissão: Recebeiro 8 - Endereço: Rua Astor Collins 9 - Número: 614 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Amaro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50040-160

15 - Fone (x): 819966P-4814 16 - Tel (DDD): 819966P-4814

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 1030 CONTA: 36959 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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

22 - 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 (assinale 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 assinado, autorizo 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 Líder 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 DA ÚNICA BENEFICIÁRIA - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou neto(s) ou neta(s)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadram e preenchem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento pelo beneficiário, além da responsabilidade criminal por infração no artigo 299 do Código Penal

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 38 | Nome: 39 - 38 | Nome: 40 - Local e Data: Recife 12/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha 45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha 47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha 49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha 51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha 53 - Assinatura da testemunha

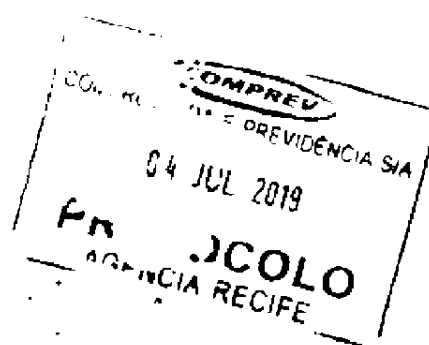
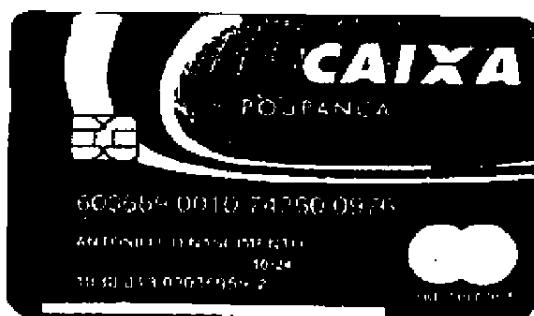
54 - Assinatura da testemunha 55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha 57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha 59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha 61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha 63 - Assinatura da testemunha





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Comprovação de ato declaratório



Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, L. SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES, Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmgpe.gov.br/>, consultor protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, , SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES, Registrado(a) com o prontuário nº 61791, ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através da portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consulte protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N. SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vítima(o) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES. Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser comprovada através da página do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, , SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral nº 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES. Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/02/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://bombrm.cbmr.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001235

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Atendimento: 428675

Senha de Classificação:

000006

Data e Hora: 22/06/2018 12:38

Paciente: 114971 ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/02/1947 Idade: 71 anos Convênio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Nome da Mãe: ZULMIRA ROSA DO NASCIMENTO

Nome do Pai: JOAO FELISBERTO DO NASCIMENTO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12348

Endereço: RUA ASTRONAUTA COLLINS

614

Bairro: SANTO AMARO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSON

Informações Acessadas a Pacientes Externos / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com dor aguda no tornozelo direito há 22 dias, iniciada após queda de 1 metro. Repetitiva dor e inchaço no local da lesão.

Exame Físico

TOE: Opacidade após exame físico com aumento de volume no tornozelo direito.

Hipótese Diagnóstica

TOE: Paciente admitido no Hospital em 22/06/2018. Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Prescrição Médica

Prescrição para tratamento

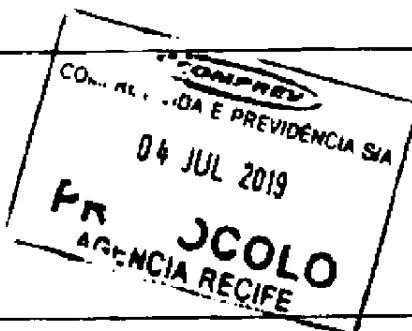
Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha

() Encaminhado ao setor de internação





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018AP1801235 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, 71 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 820929 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 217.201.774-49, residente à RUA ESTONATA COLINS, nº 614, , SANTO AMARO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/04/2018, por volta das 12:28 hs, no endereço: AV. CRUZ CABUGÁ, S/N, SANTO AMARO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vítima(a) o(a) Sr(ª) ANTONIO FELISBERTO DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 217.201.774-49 e Registro Geral " 820929, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710236-4 PEDROSA. Foi transportado(a) para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TORRÕES Registrado(a) com o prontuário nº 61791. Ficou aos cuidados do médico LUISA DE ANDRADE, registro 26195. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH

Procedido em 14/04/2018

Atestamos a veracidade desta certidão de acordo com o registro em nome do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmpa.pe.gov.br/>, consultado por meio do nº 2018AP1801235

Av. João de Barros, 399 - Rua Vitor - Recife/PE - CEP 50050-150
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 08.558.773/0001-44

