



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000075 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). EVERALDO AMARO DE ANDRADE, 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 5663856 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 032.954.694-58, residente à RUA NOVA DESCOBERTA, nº 557, CAETES VELHO, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 20/12/2017, por volta das 18:45 hs, no endereço: AVENIDA D, S/N, CAETES I ABREU E LIMA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA BROS BRANCA PEA4450-PE; MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA NPY9468-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE, inscrito sob o CPF nº 057.559.204-12 e Registro Geral nº 8358575, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707092-6 JULIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 110406. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Cartório Alfredo Mariano | TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
REL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Rebelo de Sena, Nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
CNPJ: 03.920-200 - Fone: (81) 3542-1381/3041-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Certifico que a presente cópia, apresentada por MICK e uma reprodução fiel do original que me foi exibida, Dou fé. Abreu e Lima/PE, 12/03/2018 11:18:32. Emol: R\$ 3,41 TSMR: R\$ 0,68 Total: 4,09. AU-3-34527

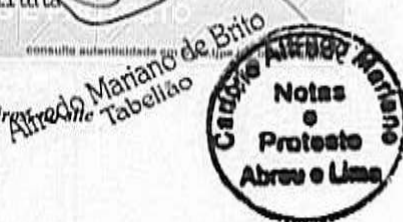
Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150607.QTV01201802.03500

consulte autenticidade em: <http://www.cbm.pe.gov.br/>

Posição em 28/02/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000075



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

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

Atendimento: 408824

Senha da Classificação:

0038

Data e Hora: 20/12/2017 19:35

Paciente: 110406 MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/07/1997 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: CYNTHIA MOURA PEREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: TRAVESSA NOVA DESCOBER --

577

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 19:45

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico (piloteava moto: colisão moto e moto). Não houve vômito, perda de consciência. Não dor abdominal em sua taxa.

Exame Físico

BEG, LOTS hidratação, corado, supracardio alveolar.

A: MIAH áreas paliares com malar cervical.

B: MV+ ANT S'IRA FA: 16 bpm C: PRR 25 BPT 5/5) 6=7C

D: Garganta L. B. Lúcia com MID (fratura).

Hipótese Diagnóstico

Fratura MID.

Prescrição Médica

Avaliação da ortopedia
Ata da cirurgia geral.

Diego Laurentino
Médico
CRM/PE 19537

TRAUMATO

21.3) R. FRATURA DIF. SÓLA DO FEMUR DIR
COM INTENÇÃO DE FUSÃO

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Dr. Bernardo Camparo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.950

Senha: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000036040-0

Nr. da Autenticação 3E4E50C4C3AA24C0

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MANOEL AMARO DE ANDRADE
CPF: 615.747.834-91

DATA DE VENCIMENTO

15/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

96,38

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
08/03/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
008145864CONTA CONTRATO
000270762026Nº DO CLIENTE
2000250183Nº DA INSTALAÇÃO
0000061046

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA DESCOBERTA 577

TIMBO/ADREU E LIMA
53650-000 ADREU E LIMA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6922.FC44.AF39.B44A.44D3.6C4F.21B9.F1D2

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

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,00	0,68359185	81,34
Contribuição Iluminação Pública			12,43
ICMS Subvenção-GDE-NF 000729004-12/12/17			0,67
Multa por atraso-NF 004480633 - 06/02/18			1,55
Juros por atraso-NF 004480633 - 06/02/18			0,30
Atualização IGPM-NF 004480633 - 06/02/18			0,03
TOTAL DA FATURA			96,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
81,34	25,00	20,33	81,34	0,02	0,06	81,34	3,91	3,18

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,48036000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAR 18	119
FEV 18	116
JAN 18	110
DEZ 17	110
NOV 17	104
OUT 17	103
SET 17	97
AGO 17	91
JUL 17	91
JUN 17	94
MAI 17	95
ABR 17	93
MAR 17	82

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	22,27	27,38
Transmissão	2,35	2,89
Distribuição (Celpe)	18,41	23,86
Encargos Setoriais	7,31	8,98
Tributos	24,17	29,71
TOTAL	81,34	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MD36001	CAT	06/02/2018	18.951,00	08/03/2018	19.100,00	30	1,00000	0,00	119,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CHUZ DE REBOUCAS	2,26	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,26	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,47					
Todo Consumidor pode analisar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000270762026	03/2018	96,38	15/03/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838400000006 963800110000 270762026107 114481407835

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Atendimento: 408824
Data e Hora: 20/12/2017 19:35

Senha da Classificação: 0038

Paciente: 110406 MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 10/07/1997 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: CYNTHIA MOURA PEREIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: TRAVESSA NOVA DESCOBER - 577 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 19:45

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico (piloteava moto: acabou moto e moto). Após colisão, perde de consciência.
Dor abdominal em uma faixa

Exame Físico

BEG, LOTE hidratação recente supracardiacal.
A: 110/70 mmHg, PA: 110/70 mmHg, FC: 160 bpm, C: RRR 25 BPT 5/5) E: 70 bpm
B: MV+ AHT S'IRA F: 16 bpm C: RRR 25 BPT 5/5)
D: Glândulas I. H: Lúmen MID (fartado).

Hipótese Diagnóstico

Fratura MID.

Prescrição Médica

Avaliação da ortopedia
Alto da cirurgia geral.

Diego Laurentino
Médico
CRM/PE 19637

+ TRAUMATO

21.3) R. FRATURA DIF. SÓLA DO FEMUR DIA
CD: INTERNAÇÃO DO FEMUR

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Dr. Bernardo Sampaio
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.950

Senha: _____

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/12/2017 19:32

Nome Paciente: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE
Cód. Paciente: 110406
Data de Nascimento: 10/07/1997
Sexo: Masculino
Idade: 20
Senha: 0038
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 408824
SAME: 97885

Período: 20/12/2017 19:39 - 20/12/2017 19:41

AMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**
Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO. APRESENTA DOR EM MID, NEGA VOMITOS / DESMAIO.

Observação: NEGA ALERGIAS / HAS/ DM.

Programa sintoma: TRAUMA

Criminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

Kamila Carnauba
Enfermeiro(a)
COREN-PE 364448

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/12/2017 19:41



MIGUEL ARRAES

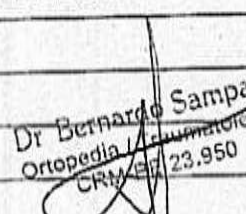


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:MICK NYCKSON PEREIRA REG:110406

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
20/12/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	ACIDENTE MOTO X MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE
	EM COXA DIREITA. RELATA USO DE CAPACETE, SEM
	NAUSEA OU VOMITOS, RELATA NÃO LEMBRAR DO ACIDENTE
	AVALIADO PELA CIR GERAL, RECEBIDO ALTA.
	EGB EUPNEICO NORMOCORADO HIDRATADO.
	ECG 15.
	DEFORMIDADE EM COXA DIR
	RX: FRATURA DIAFISARIA ALTA DO FEMUR DIR
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO
	 Dr. Bernardo Sampaio Ortopedia / Traumatologia CRM-BR 23.950
21/12/17	# 5014
24	Lm: Fract. bífida femur dir 20/12 - fratura transversal em mtd
	Paciente segue estável, consciente, com curtos não lembrando o acidente. No momento Queixas
Neto atologia 099	14-10

Cláudio Costa Neto
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 24.099

UN: Solicito ~~me~~-o
Solicito VR de ~~nome~~ de controle

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

Página.: 0001

Data.....: 21/12/2017

Hora.....: 00:47

Identificação Cirúrgica

Visto de Cirurgia : 46923

Paciente : 110406

Convênio Atend. : 1

Leito : 705

Dt. Início : 21/12/2017 00:35

Pré-Operatório :

Pós-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

SUS - INTERNACAO

VERD2-29

Dt. Fim : 21/12/2017 00:45

Atendimento : 408839

Carteira :

Idade : 20 Anos 11 Dias

Procedimentos

Procedimento: 0408050098

Convênio: 001

Anestesia: 42

INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

LOCAL

Equipe Médica

CIRURGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO:FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

INTERVENÇÃO:TRAÇÃO TRANSESQUELETICA TIBIA DIR

OPERADOR: DR HYGINO MARINHO

1º AUXILIAR: DR BERNARDO SAMPAIO

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE DDH
ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + ANESTESIA LOCAL
PASSAGEM DE FIO K 3,5MM 1CM DISTAL E 2CM POSTERIOR À TAT
4. APLICADO ESTRIBO COM 10 KG DE TRAÇÃO
5. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dr. Bernardo Sampaio
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 21.950

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM : 14859

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

Página.: 0001

Data.....: 24/12/2017

Hora.....: 12:38

Aviso de Cirurgia : 46979
Paciente : 110406

Convênio Atend. : 1

Leito : 66

Dt. Início : 24/12/2017 09:05

Id Pré-Operatório : S723

Id Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03

MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO 002

Dt. Fim : 24/12/2017 12:10

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 408839

Carteira :

Idade : 20 Anos 14 Dias 12 Horas

Procedimento: 0408050519

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

CIRURGIAO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO
CIRURGIA: HIB ANTERÓGRADA DE FEMUR DIREITO
CIRURGIÃO: DR. MARIO ALVES
1º AUXÍLIO: DR. LUIZ CARVALHO
2º AUXÍLIO: DR. CLÁUDIO COSTA
ANESTESISTA: DRA. YALI
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ACESSO LATERAL AO QUADRIL ESQUERDO
5. FEITO PONTO DE ENTRADA LATERAL AO GRANDE TROCANTER DIREITO
6. PASSAGEM DO FIO GUIA;
7. FRESAGEM DO CANAL COM FRESA Nº 10, 11 E 12;
8. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 11X40;
9. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM PARAFUSO CEFÁLICO Nº 100;
10. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS Nº 50 E 55;
11. LIMPEZA COM SF0,9%;
12. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON;
13. CURATIVO ESTÉRIL;
14. RADIOGRAFIA CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

DR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

ITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
Sistema de Gerenciamento de Internação
Frente da Alta Hospitalar do Paciente

Atendimento: 408839

Dt Alta: 25/12/2017 - 18:30

Atendimento: 20/12/2017 - 22:40

Paciente: 110406 MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 66 ORTL-510-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: CARLADSM

CID:

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

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

RECEITUÁRIO

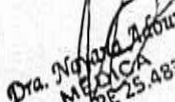
laudo médico

Declaro P/ os devidos
Fins que o paciente
MICK MYCKSON PEREIRA DE

Andrade está em Acompanhamento
Ambulatorial após tratamento
cirúrgico de Fratura distal
de Fêmur (D), em 24/12/17.
Atualmente em Reabilitação
motora P/ Reiniciar Ambulação
sem Ajuda. Refere ter 2.º
visão de Acidente automobi-
lístico em (20/12/17).

CID: S72.3

09/04 18


Dra. Nivalda Adour
MÉDICA
CRM/PE 25.483

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
RUA CAL. URBANO TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO Nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cap. 03.020.200 - Fone: (81) 3542-1381/3541-9572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Certifico que a presente cópia, apresentada por MICK e sua
reprodução fiel do original que me foi exibida. Dou fe. Abreu e
Lima/PE. 12/03/2018 11:18:52. Emol: R\$ 3,41 TSN: R\$ 0,69 Total:
4,09. AU-3-34327

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150607.01V01201802.01006

Alfredo Mariano de Brito
Tabelião



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: mick nicksen P. de Andrade Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

08/01/18

~~X~~ S.T

HD: 11 PO Ex Difusão de
Fórm (24/12/17) AEB Anomalia

P de Estóvel e Anom.

FO: ~~distúrbio~~ Lm PR Secu Se floper
Proximel: Bon is p atue con caride
de Se Cegus Anom, dize Trans poret.

Ca: 1) Preservo Apno floxucano
2) Fideletropus metone
3) Retonar Rantos Distúrbio
4) Retonar com 03 Semores an
neve R
S/ tudo médico

Dra. Mayana Adoni
MEDICA
CRM/PE 25.483

30/01/18

Prêmio on 24/12/17

Fórm Anomalia e fórm R
Próf. Anom e fórm

Son Anom Anom. Anom

Próf. Anom Anom. Anom

Próf. Anom Anom. Anom

Próf. Anom Anom. Anom

Próf. Anom Anom. Anom

Próf. Anom Anom. Anom

Dr. Roberto
CRM/PE 14.368



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	MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE			6 - N° Prontuário	110406
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708700154694790	10/07/1997	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	CYNTHIA MOURA PEREIRA			12 - Telefone de Contato	8198636571
13 - Nome Responsável	EVERALDO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)	TRAVESSA NOVA DESCOBERTA, 577 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53525711		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	ACIDENTE DE MOTO X MOTO APRESENTANDO FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR DIR
--	--

21 - Condições que justificam a internação	TTO CIRURGICO
--	---------------

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	EXAME CLINICO
---	---------------

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR DIR	S723	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Denominação do Procedimento Solicitado	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)			28 - Código do Procedimento	0408050489
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437532		
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° Registro no Conselho)			
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	20/12/2017	Dr. Benedito Carmo Neto Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 23.950	16339		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Orgão Emissor	52 - N° da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	

Código do Laudo:

408824

Dr. Antonio Albuquerque Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19737 / F50T 14046

AIH
261710296179-2

DADOS DO PACIENTE

Paciente: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE Prontuário: 110406
Idade: 20a 5m 11d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 10/7/1997
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53525711
R.G.: C.P.F.: Endereço: TRAVESSA NOVA DESCOBERTA, 577 - CENTRO - ABREU E LIMA - PE
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 20/12/2017 22:40
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-29
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA 510-02

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 25 / 12 / 17 Hora da Alta: 11 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom, fo enviado, no

Diagnóstico Principal..... Fret. de fratura do fêmur @

Diagnóstico Secundário01.: REVISADO

Diagnóstico Secundário02.: CCIH-HMA

Observação..... GSS cl. aberta ant. fratura do fêmur

Dra Luciana Mose:
CRM 17171
Ortopedia

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 20 de 12 de 17

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODAS AS TERRITÓRIAS NACIONAIS 1304830369	NOME NICK NYCKSON FERRIRA DE ANDRADE
	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 8358575 SDS PR
	CPF 087.559.204-12
	DATA NASCIMENTO 10/07/1997
	PLACAO EVERALDO AMARO DE ANDRADE CYNTHIA NOURA FERRIRA
	PERMISSÃO A
	ADIC. CAT. HAB. A.2
	Nº REGISTRO 06308294343
	VALIDADE 28/07/2020
	1ª HABILITAÇÃO 18/11/2015
OBSERVAÇÕES Exercício Ativo Remunerado	
Assinatura do Titular <i>Nick Nyckson Ferrira de Andrade</i>	
LOCAL PAULISTA - PR	DATA EMISSÃO 18/11/2016
Assinatura do Diretor Presidente <i>Carlos Antônio Lourenço Ribeiro</i> Assinatura do Emissor 16864489444 PR076092542	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

PRECISO PLASTIFICAR
1304830369

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013712116771
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO 1128646274 ANO 2017

NICK MYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

ABREU E LIMA - PE

097.559.204-12

PLACA PEAA459

CLASS. 9C2KD0B10BR455554

COMBUSTIVEL ALCOOL GASOL

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CATEGORIA BOMBA/NXRI 60 BROS ESUD

PARTIC 2P/162CL

VEREJALIA

VENCI/DTAS 1º ++++++

2º ++++++

3º ++++++

PREMIO TARIFARIO (R\$) 12/09/17

DATA 12/09/17

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIGILÂNCIA, OU POR SUAS CARGAS, A PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA, SEGUNDO DPVAT

PE Nº 013712116771 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NICK MYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradotalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

ABREU E LIMA - PE 2017 12/09/17

PLACA PEAA459

CLASS. 9C2KD0B10BR455554

COMBUSTIVEL ALCOOL GASOL

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CATEGORIA BOMBA/NXRI 60 BROS ESUD

PARTIC 2P/162CL

VEREJALIA

VENCI/DTAS 1º ++++++

2º ++++++

3º ++++++

PREMIO TARIFARIO (R\$) 12/09/17

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHRG 09.249.604 0001-04

INSTAÇÃO E GUARDE O BILHETE DPVAT
RUA NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

JUL-2017

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Willy Nyckson Pinheiro de Andrade
 DATA DO ACIDENTE 20/10/2014 CPF DA VITIMA 097.559.204-12
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUID PARANTESCO COM
 A VITIMA E _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Nova Descoberta
 Nº 522 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Imbó
 CIDADE Abreu Lima UF PE CEP 53550-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98501-3630
98629-2421

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMATANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORÇÃOS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO OU VED CO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREHOSOL). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVATINSID.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/10/14IDENTIDADE 8358575ASSINATURA Willy Nyckson Pinheiro de Andrade

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20/10/14NOME Guilherme de JesusASSINATURA Guilherme de Jesus

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180133381 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE **Data do acidente:** 20/12/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180133381**

Vitima: **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**

Data do Acidente: **20/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180133381**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12571651



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**

Sinistro: **3180133381**

Vítima: **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**

Data do Acidente: **20/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180133381** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Carta nº: 12656546

A/C: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Nº Sinistro: 3180133381
Vítima: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE
Data do Acidente: 20/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 0000036040-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180133381**
Nome do(a) Examinado(a): **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOVA DESCOBERTA nº 577 - PLANALTO - ABREU E LIMA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 8358575 - SSP**
Data e local do acidente: **20/12/2017 ABREU E LIMA/PE**
Data e local do exame: **05/04/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FEMUR DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO (20 SESSÕES). ESTA DE ALTA MEDICA.

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (+/4+), BLOQUEIO DA ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA, ENCURTAMENTO CLÍNICO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ESCOLIOSE FUNCIONAL. MARCHA CLAUDICANTE.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 52.57595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

CAIXA DE PÓS-PAAGAMENTO

AGÊNCIA: CAIXA E LITRA, PC

DATA: 20/03/2018

NÚM. 000567

HORA: 11:25:11

TERMINAL: 1001

NÚM. 000567

AUT: 0020

COMPROMISSO DE DEPÓSITO

NÚM. DOC.: 060000

AGÊNCIA/CONTA CREDITADA: 3122/013/00 036 040-0

NOME: MICK INCKSON P DE ANDRADE

DEPOSITANTE:

0 M

VALOR TOTAL:

200,00

VALOR DINHEIRO:

200,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SOL CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1º Via - Via Cliente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -
DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0117000533

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/02/2018 às
15:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 20/12/2017 às 18:45

Fato ocorrido no endereço: **RUA D - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO**
 /BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CAETES I -**
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MICK NYCSON PEREIRA DE ANDRADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
MICK NYCSON PEREIRA DE ANDRADE

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

MICK NYCSON PEREIRA DE ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: CINTHIA MOURA PEREIRA Data de Nascimento: 16/7/1997 Naturalidade:
ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: RUA NOVA DESCOBERTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a:
MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 677 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ABREU E
LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MICK NYCSON PEREIRA DE
ANDRADE, que estava em posse do(a) Sr(a): MICK NYCSON PEREIRA DE ANDRADE

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEA4460** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**
Descrição: **NXR BROS 100**

MOTO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NPY9463** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **FAN**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA NA AVENIDA PRINCIPAL DE CAETES 1 E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS CONFORME CERTIDÃO N° 2013APH000675 DIV. OP. E LEVADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES E REGISTRADO COM O PRONTUARIO N° 110406.E QUE REGISTRA ESSE BOLETIM PARA DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Mick Nyckson Pereira de Andrade
MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE
(VITIMA)

B.O. registrado por **ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA** - Matrícula: **206.967-0**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE ACREU E LIMA
2ª CIRCUNSCRIÇÃO

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
CEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Rubião de Sena, Nº 51 - Centro - Acreu e Lima/PE
Cep. 53.020-200 - Fone: (01) 3541-1301/3301-0572 | cartor/alfredomariano@gmail.com
Certifico que a presente cópia, apresentada por **MICK** é uma reprodução fiel do original que me foi exibida. Dou fe. Acreu e Lima/PE. 12/03/2018 11:48:32. Emol: R\$ 3,41 TSF: R\$ 0,68 Total: 4,09. AU-3-34527
Luciana Oliveira de Lima Marques Substituta
Selo digital: 0150607.00601201802.03728

Alfredo Mariano de Brito
Alfredo Mariano de Brito
Tabelião



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MICK NICKSON PEREIRA DE ANDRADE

CPF da Vítima

097.559.204-12

Data do Acidente

20/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recife 12 de março de 2018
Local e Data

Mick Nickson Pereira de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal