



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

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("). 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 DESCOPERTA, 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(") MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE, inscrito sob o CPF nº 057.559.204-12 e Registro Geral º 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.

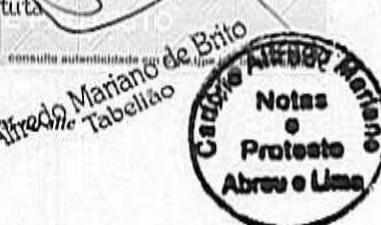
Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
TEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabellão / Rua Cel. Urbano Roberto de Brito, nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
CNPJ: 03.920.200 - Fones: (81) 3541-1381/3541-0572 | cartorioalfredomarianodebrito@gmail.com

Certifico que a presente cópia, apresentada por MICK E Lima
reprodução fiel do original que me foi exibida. Dau. 18 de Janeiro de 2018
Lima/PE, 12/03/2018 11:18:52. Emol: R\$ 3,41 TSNR: R\$ 0,68 Total:
4,09. AU-3-34527

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

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 2018APII000075



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

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

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:

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Quexa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico (piloto de moto: colisão moto x moto). Alej. náuseas, vômitos, perda de consciência. Nós dor abdominal em dor tórax.

Exame Físico

AEG, lota hidroto de recto, suspeito abdominal.

A: vias urinárias normais sem dolor cervical.

B: MVT AHT SIRA FR: 16 bpm C: PPF 2T BPF 3/31 t=76mm

D: glaucoma. E: dor com MID (fascicula).

Hipótese Diagnóstica

Fratura MID.

Prescrição Médica

Avaleação da ortopedia
Alt. da cirurgia geral.

Diego Laurentino
Médico
CRM/PE 19637

TIRADAS

ZI.3) R: TRATAMENTO DIF. SÍN. O) FEMUR DIR
COR/INTERNAÇÃO O) PINGUIN

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência Dr. Bernardo Campanario
Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 23.850 Senha: _____
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação

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: 00000036040-0

Nr. da Autenticação 3E4E50C4C3AA24C0

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.032/0001-08
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
Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita do Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita do telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MANOEL AMARO DE ANDRADE

CPF: 615.747.834-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA DESCOPERTA 677

TIMBO/ABREU E LIMA
53550-000 ABREU E LIMA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

15/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

96,38

DATA EMISSAO DA NOTA FISCAL

08/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

008145864

CONTA CONTRATO

000270762026

Nº DO CLIENTE
2000250183Nº DA INSTALAÇÃO
0000061646

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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-CDE-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			0,36
Atualização IQPM-NF 004480633 - 06/02/18			0,03
TOTAL DA FATURA			96,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIB		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
81,34	25,00	20,33	81,34	0,82	0,66	81,34	3,81	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\$	%
22,27	27,38
2,35	2,89
18,41	22,86
7,31	8,88
24,17	28,71
81,34	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CRUZ 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 útil			Límite DICRI: 12,22		
EUBD-Valor de Energia de Uso - R\$	30,47				
Todo Consumidor pode anotar a apuração das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	N° DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MD36001	CAT	06/02/2018 18.981,00	08/03/2018 19.100,00	30	1,00000	0,00	119,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/04/2018

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
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 leitora ótica.

838400000006 963800110000 270762026107 114481407835



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

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 (piloto de moto: piloto de moto + moto). Neve nevado, usava tchapeau, perdeu o controle. Neve dor abdominal em dor torso.

Exame Físico

BEG: Lote hidratante, recorde, suprimento abdominal.
 A: vias urinárias normais com color corrigida.
 B: MV+ AHT S'IRA FR=16 bpm C: RCP 2T BYF JJJ F=76 bpm
 D: Glucosur 1%. T: dor abdominal com MID (fascicula).

Hipótese Diagnóstica

Fratura MID.

Prescrição Médica

Avaliação da ortopedia
 Alt da cirurgia geral.

Diego Laurentino
 Médico
 CRM/PE 19637

#TRAMATO

1. TRAUMA DIFUSO DO FEMUR DIR

2. INTROGRAMENTO DO FEMUR

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência Ortopedia / Traumatologia Dr. Bernardo Campelo
 CRM-PB 23.950 Senha: _____

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

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

Sintoma Principal:

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

Observação:

NEGA ALERGIAS / HAS/ DM.

Exame/síntoma:

TRAUMA

Próximador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFORANTE

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 Carnaub
Kamila Carnaub
COREN PE 364448

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

Data Impressão: 20/12/2017 19:41

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 ACIDEN
	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
	<i>Dr Bernardo Sampaio Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 23.950</i>
21/12/17	# 5074
21	rx: fracta diafisaria femur dir 2011 - traçado transverso em mdp
	<i>Recomendação: cirurgia estimular, consultas, ORTOPEDIA. Carrinho não vembri ao de pronto. NO momento sem exames</i>
Claudio Costa Neto Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 24.099	Deixar

*Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099*

*CD: solicitar Rx - op
Solicitar Rx de gabinete e central*

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

Página.: 0001

Data....: 21/12/2017

Hora....: 00:47

Número de Cirurgia : 46923

Paciente : 110406

Convênio Atend. : 1

Leito : 705

Dt. Início : 21/12/2017 00:35 Dt. Fim : 21/12/2017 00:45

Sala : 0002 SALA 02

MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

SUS - INTERNACAO

VERD2-29

Atendimento : 408839

Carteira :

Idade : 20 Anos 11 Dias

Pré-Operatório :

Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050098

INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

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 / CE 214950

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

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 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 DIAFISE DO FÉMUR (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

RURGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

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

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA 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. FRESGAMENTO 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. Ayroff
Ortopedista
CRM 23.982
Ferraz
DR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

Atendimento: 408839

Dt Atendimento: 20/12/2017 - 22:40

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

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

homem médico

Declaro P/ os devidos
Termos que o paciente
MICK NYKROEN Pernambuco
Andrade está em acompanhamento
ambulatório de tratamento
cirúrgico de Fratura dislocada
de Fémur (D), em 24/12/17.
André em Período de
metade P/ Revisão ambulatório
ser ajudado. Refere ter sido
vítima de acidente automóvel
entrado em (20/12/17).

CID: S72.3

09/01/18

Dra. Norma Andrade
Médica
CRM/PE 25.483

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Belo Horizonte - Belo Horizonte / Rua Cel. Urbano Rabello de Souza, nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cap. 551120-200 - Fone/fax: (81) 3411-1560/3411-0972 - cartorioalfredomariano@uol.com.br

Certifico que a presente cópia, apresentada por MICK NYKROEN
reprodução fiel do original que me foi exibida. Dado fte. Abreu e
Lima/PE, 12/03/2018 11:18:32. Emol: R\$ 3,41 TSM: R\$ 0,40 Total:
4,09. AU-3-3457

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150807-QTV01201802.01006

Consulta autenticidade em www.cartorioalfredomariano.com.br

Alfredo Mariano de Brito
Tabelião



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Mick Nicksum P. de Andrade Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

09/01/18

~~X~~ SMT

HD: 170 Ex Diáfragma de
Tromm (24/12/17) AEB Antroposta
P de estornos em excesso.

FO: ~~desidratado~~. Vom por Seco Se flexionar
Tronco: Bem os pectorais com contracção
de se flexão lenta, díce. Transporte.

- Col:
- 1) Preservar a sua flexibilidade
 - 2) Fisioterapia matinal
 - 3) Retirar roupas sintéticas.
 - 4) Retorne com 03 semanas an-
- nevo R.
Si bude medico

Dra. Mayana Adona
MÉDICA
CRM/PE 25.483

30/01/18

Promo o 25/12/17

Fazendo massagens no fôrma e

Prat. uso de óleo,

Sua pele é seca. Fiz

peel off e hidrat. São ^{foras} fórmulas.

Rx) Fazendo com óleo

sabonete

Sua pele é seca
manos

Jácio Kauê
Cirurgião-Dentista
CRM-PE 1.368



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 - Nº Prontuário 110406			
7 - Cartão Nacional do SUS 708700154694790	8 - Data de Nascimento 10/07/1997	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 04 - Amarela	10.1 - Etnia 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 ABREU E LIMA	17 - IBGE 260005	18 - UF PE	19 - CEP 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
ATO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME CLÍNICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR DIR	24 - CID 10 Principal S723	25 - CID 10 Secundário W199	26 - CID 10 Causas Associadas 2109050519
---	--------------------------------------	---------------------------------------	--

27 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	28 - Código do Procedimento 0408050489		
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO	34 - Data da Solicitação 20/12/2017	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho) Dr. Bernardo C. Britto (Nº Registro no Conselho) Oncopedia / Traumatologia CRM-PE 23.950	36 - Código do Procedimento 16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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 Trajetô			

45 - Vínculo com a Previdência

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
---------------------------------------	--	---

48 - Documento () CNS () CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador 261710296179-2
--	---

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
--------------------------	---

Dr. Antonio Albuquerque Quissote
CRM-PE 101397 / F50T 14046

Código do Laudo: 408824

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

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 :		
R.G.: C.P.F.:	Telefone:	CEP 53525711	
Endereço: TRAVESSA NOVA DESCOBERTA	, 577 - CENTRO	- ABREU E LIMA - PE	
Origem: INTERNACAO	Dados da Internação		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 20/12/2017 22:40		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Lito: VERD2-29	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	510-02		

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

*ESTURANO
OSLIA
MASC
ESTURISTAS*

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: Boas, Fo enverga, no

Diagnóstico Principal.....: Enfermidade do rim 0

Diagnóstico Secundário01.: REVISADO

Diagnóstico Secundário02.: CCIH-HMA

Procedimento.....: G55 cl ventr. ontmigração de rim

Dra Luciana Mosei:
CRM 17171
+55 84 3200-0700

Médico e CRM:

Luciana Mosei de Andrade
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, anestesias, 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

Mick Nyckson Pereira de Andrade
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
FEDERAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 8358575 - SDB PE

CPF: 687.559.304-13 DATA NASCIMENTO: 16/07/1997

PLACAR: EVERALDO AMARO DE ANDRADE CYNTHIA NOURA PEREIRA

PERMISSÃO: ACD CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 06308294343 VALADEZ: 28/07/2020 1ª HABILITAÇÃO: 18/11/2015

VALIDA EM TERRITÓRIO NACIONAL E INTERNACIONAL

VÁLIDA EM TERRITÓRIO NACIONAL E INTERNACIONAL

1304830369

COLEGIOS AUTORIZADOS:

MICKEYON - CURSOS DE AUTOESCOLA

ASSINATURA DO PINTOR/ARTISTA: *Charles Andrade Lima Oliveira*

DATA EMISSÃO: 18/11/2016

PAULISTA - PE

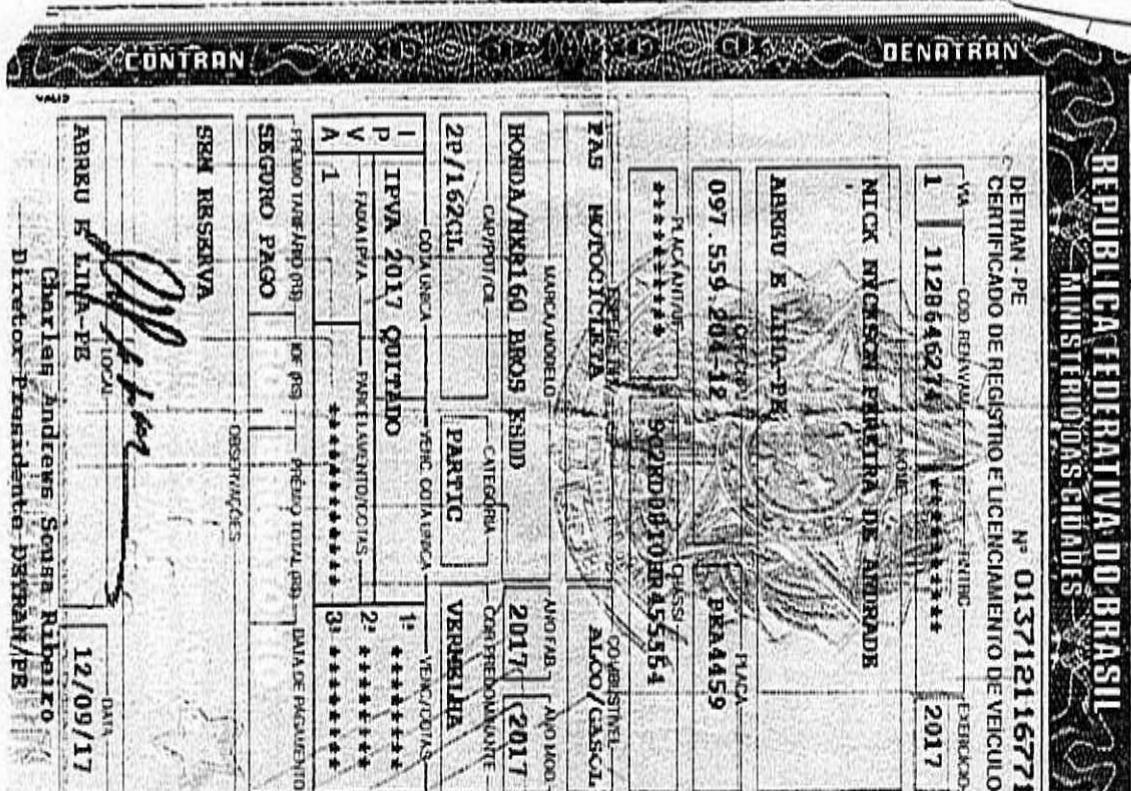
ASSINATURA DO DIRETOR: *Charles Andrade Lima Oliveira*

DATA EMISSÃO: 18/11/2016

DETTRAN-PE (PERNAMBUCO)

1304830369

FECHADO PLASTIFICADA



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

PE N° 013712116771 BILHETE DE SEGURO D'PRIVATE
MICK RICKSON PRAIA DA ATURADE

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

SAC DPWAT 0000 022 1204

ARREDO E LIMA-PK

PELICULAS		097-539-204-12	
1120646274		HONDA/HKR160 HROS ESUD	
ANO/FUN 2017		CLIQUE 09	
		9C2KDD010ER455554	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
CUSTO DO BILHETE (R\$)		Nº DE DESP.	
		DESPESA (R\$)	
		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
		VALOR DA SERVIÇO DE SEGURANÇA (R\$)	
COTADASCA		PAGAMENTO	
		PARADISO	
		IMPOSTO DE COTACAO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 03.2415C6, 4001-D4

12/09/17

INSTAQUE E GUARDE O BILHETE DEPOIS.
NISMOU SÉ DE PONTE OBEDATORIO.

SCUNTHORPE

DENATRAN

Charles Andrews Sonja Rupp
Director President DSRM/PB

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Dick Nickson Díname de Apelido
DATA DO ACIDENTE 20/11/2013 CPF DA VÍTIMA 091.559.204-12

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDERECO DO PORTADOR Rua Nova Descoberta
Nº 572 COMPLEMENTO complemento BAIRRO Timbó
CIDADE Lisboa UF PE CEP 53550-000
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98501-7620
98629-2421

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPORTEVIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (DR. GERAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (DR. GERAL)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS Tais como Cópia de Fórmula de Cheque ou Cartão Bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO 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 (CÓPIA SIMPLES)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTES (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACCOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS Tais como Cópia de Fórmula de Cheque ou Cartão Bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO 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 (CÓPIA SIMPLES)

- 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 TABUCA PARENTAL (TABELA 6.194/74).
 - * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSADAS.

- 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1194.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/10/2013
IDENTIDADE 8358345

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12/10/2013
NOME Bruno Jader

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

ASSINATURA Dick Nickson *ASSINATURA 60

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



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 n°: 12656546

A/C: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Nº Sinistro: 3180133381
Vitima: 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%

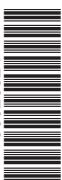
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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 FISIOTERÁPICO (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 ADDUÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA, ENCURTAMENTO CLÍNICO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ESCOLIOSE FUNCIONAL. MARCHA CLAUDICANTE.

IV. Nexo 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:

DEFÍCIT FUNCIONAL MÉDIO 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.**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

093.559.204-12

Nome completo da vítima

Mick Nyckson Pereira de Andrade

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Mick Nyckson Pereira de Andrade	CPF titular da conta 093.559.204-12	Profissão Estudante
Endereço Rua Nova Desembocade	Número 577	Complemento
Bairro Timbó	Cidade Abreu e Lima	Estado PE
Email	CEP 53.550-000	
	Telefone (DDD) (81) 98501-7670	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº: 3122	D/V	CONTA Nº: 00036040	D/V
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome			Nº
AGÊNCIA Nº: 100	D/V	CONTA Nº: 00036040	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ricardo J. de Marçal de 2018

Local e Data

Mick Nyckson Pereira de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AGENCIA: SANTOS
DATA: 20/03/2018
TERCELA: 1001 NCL 000587 HORA: 11:25,1 AUT.: 0024

CONFIRMAÇÃO DE DEPÓSITO
Nº MTC: 06880

AGÊNCIA/CORR. CEDULA: 31270136000 036 040 0
NOME: RICK RYCKSON P. DE ANDRADE
DEPOSITANTE:

0 R

VALOR TOTAL: 200,00
VALOR DIRETO:

Informações, reclamações, sugestões, e elogios:
SAC (AIXA) 0800 77 0101
Ouvintor da AIXA 0800 775 7474
www.aixa.gov.br

[2] Via - Via Cliente

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
 Rua Alfredo Mariano de Britto - Tabelionato Civil do Centro - Abreu e Lima/PE
 Cep: 54.620-200 | Fone: (81) 3442-1301 / 3442-1305 / 2 | www.alfredomariano.com.br

Certifico que a presente cópia, apresentada por MICK é uma reprodução fiel do original que me foi exibida. Dov. fl. Abreu e Lima/PE. 12/03/2018 11:18:32. Emol: R\$ 3,41 TSBX: R\$ 0,08 Total: 4,09. AU-3-3452

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
 Selo digital: 0150607.QTX01201802.00622

Consulte autenticidade em: www.alfredomariano.com.br

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0117000533

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

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

Fato ocorrido no endereço: RUA D - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO /BRASIL Próximo a: MUNICIPIO 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
 Mão: CINTHIA MOURA PEREIRA Data de Nascimento: 16/7/1997 Naturalidade: ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL
 Residencial: RUA NOVA DESCOPERTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 677 - CEP: 56660-000 - 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 BROD 160

MOTO 2 (VEÍCULO) 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: NPY9468 (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° 2915APHE000075 DIV. OP. E LEVADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES E REGISTRADO COM O PRONTUARIO N° 116486.E QUE REGISTRA ESSE BOLETIM PARA DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Mick Nyson Pereira de Andrade
MICK NYSON PEREIRA DE ANDRADE
(VITIMA)

B.O. registrado por ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA - Matrícula:
266.967-8

Polícia Civil de Pernambuco

Delegacia de Polícia de Areia e Lima

27º Circunscrição

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Bel. Al. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Rua Cel. Urbano Galvão de Brito, N° 01 - Centro, Abreu e Lima/PE
Cep: 54.520-300 | Fones: (81) 3542-1301/3541-0572 | cartorioalfredomariano@gmail.com

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

Alfredo Mariano de Brito
Alfredo Mariano de Brito
Tabelião

Luciana Oliveira de Lima Marques Substituta
Selo digital: 0150607.04601201802.03728

Cartório Alfredo Mariano
Notas e Protesto
Abreu e Lima

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 Nyckson 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Ricardo 12 de março de 2018

Local e Data

Mick Nyckson Pereira de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal