

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO.  
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA  
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR, 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA, SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

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

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

Número do Sinistro: 3200024339  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Alexandre da Conceicao  
Endereço do(a) Examinado(a): Sitio Jaguaribe, 29  
Jaguaribe Abreu e Lima PE CEP: 53500-990  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8654561  
Data local do acidente: [ 18/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 31/01/2020 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL**

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

**Tratamento: HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA**  
**Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS**  
**Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DÉFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

**LIMITAÇÃO DE GRAU MEDIO DE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, HIPOTROFIA MUSCULAR, MEDIO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, BLOQUEIO ARTICULAR, ALTERAÇÃO DA MARCHA.**

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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ ( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

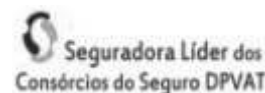
Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742

  
LEONARDO FARIAS NEVES  
Médico  
CRM/PE 17742

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**CPF:** 098.492.524-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48

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](http://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: 15/01/2020  
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
CPF: 098.492.524-48

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO.  
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA  
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR, 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA, SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.  
P 2/3/5/6/9/11

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** \*

\*\*APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.  
P 2/3/5/6/9/11

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** \*

\*\*APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: SERVENTE  
Identidade: 8.654.561 SDS/PE CPF: 092.492.524-48  
Endereço: RUA SÍTIO JAGUARIBE Nº 29 JAGUARIBE  
ABREU E LIMA/PE. CEP. 53.500-000

### **PROCURADOR(A):**

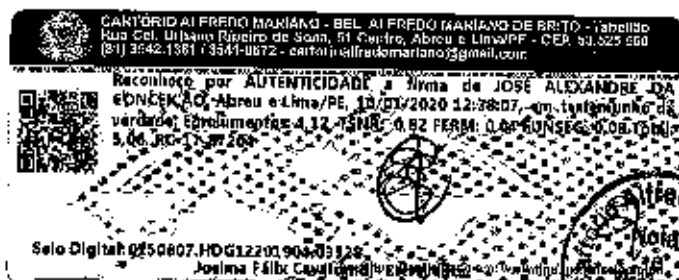
Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 18/10/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e Lima/PE, EM 10/10/2020  
Local e data

x por Alexandre da Conceição

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**CPF:** 098.492.524-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48

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](http://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: 15/01/2020  
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
CPF: 098.492.524-48

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

---

**Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200024339**

**Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

**Data do Acidente: 18/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

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

**Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200024339**

**Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

**Data do Acidente: 18/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024339

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

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

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000000012542-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 098.492.524-48 4 - Nome completo da vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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

5 - Nome completo: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO 6 - CPF: 098.492.524-48  
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: SÍTIO JACUARIBO 9 - Número: 36 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: JACUARIBO 12 - Cidade: DIBRUV E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.500-000  
15 - E-mail: dalmacio@hotmail.com (81) 99944 1109 (81) 3338 0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 0012542 7 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 pena de falsidade, que não houve solicitação de atestado médico do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que, assinando esta opção:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do casamento/divórcio:   
24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - 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/vivendo? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Não alfabetizado:   
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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha   
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Dibruv e Lima/PE, em 10/01/2020   
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





572428  
0020787/10

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 27ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27CIRC DIM/2ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1900117004096**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/12/2019 às 06:20

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpaas (Consumado)**, que aconteceu no dia 18/10/2019 às 22:20

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BRASIL, 01 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BRINQUEDOS / JOGOS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: MARIA DA CONCEIÇÃO Des do Nascimento: 18/11/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: BAIRRO DE CASTELHOS II (BAIRRO), 815, RUA CORREIO DA PRATA - CEP: 55000-000 - Bairro: CASTELHOS II - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA

BICICLETA (BICICLETA / JOGOS) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA

**Complemento / Observação**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515, , CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVA VEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442*

---

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

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

# 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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

---

Nr. da Autenticação BC2545499825E452

**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 10.835.932/0001-09  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de  
COMERCIAL 118 | PRONTI**  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :  
Ouvidoria 0800 :  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone  
Agência Nacional de Energia Elétrica  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos :

**DADOS DO CLIENTE**

JOSEFA MARIA DA SILVA  
CPF: 889.552.354-53

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA SITO JAGUARIBE 29  
  
JAGUARIBE/ABREU E LIMA  
53500-000 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](http://www.celpe.com.br)

**DATA DE VENCIMENTO**

**16/01/2020**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**144,61**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

09/01/2020

**DATA DA APRESENTAÇÃO**

09/01/2020

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

091760224

**CONTA CONTRATO**

001287445012

**Nº DO CLIENTE**

2000728412

**Nº DA INSTALAÇÃO**

0000053374

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico**

**RESERVADO AO FISCO**

**D3B6.4ABE.963E.BA57.A97F.5C8F.4F26.5555**

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	154,00	0,42656182	65,69
Consumo Ativo(kWh)-TE	154,00	0,36976625	56,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,94
Multa por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			1,58
Juros por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			0,97
Atualização IGPM-NF 088172948 - 13/12/19			0,16
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>144,61</b>

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
123,87	25,00	30,96	123,87	0,90	1,11
			123,87	4,15	5,14

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,42656182  
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,36976625

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

JAN 20	
FEV 20	
MAR 20	
ABR 20	
MAY 20	
JUN 20	
JUL 20	
AUG 20	
SET 20	
OCT 20	
NOV 20	
DEZ 20	

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	R\$	%
Geração de Energia	40,34	92,57
Transmissão	4,49	3,93
Distribuição (Cabo)	27,02	21,81
Encargos Setoriais	0,34	5,12
Tributos	37,21	30,04
Perdas de Energia	0,91	0,07
<b>TOTAL</b>	<b>144,61</b>	<b>100</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIFERENÇA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003184523818	CAT	12/12/2019	215,00	09/01/2020	369,00	28	1,00000	0,00	154,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/02/2020

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MET MENSAL	MET TRIM
nov/2019				
DIC-No de horas sem Energia	CRUZ DE REBOUCAS	0,76	10,44	32,08
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	7,88	15,44
DIC-Duração máxima da interrupção contínua		0,39	6,86	0,00
DIC-Duração da interrupção em 111s crítico				Limite DIC: 15,8
RUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 45,26				
Tudo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DCR e qualquer				

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você: ag correios acatubá: avenida duque de caxias centro / copladora digital: av. duque de caxias nr 942  
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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.

**NÍVEL DE TENSÃO**

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00031 - LOJA-5 - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 530668007  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170  
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO RESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	PUBLICA
LIGADO	POTENCIA	1	2	
HIDRÔMETRO: 4275224252	DATA LEI ANTERIOR: 29/11/2019	DATA LEI ATUAL: 30/12/2019	MÉDIA HQ	

AGUA:  
LEI ANT: 4 CONSUMO: 1  
LEI ATU: 4  
LEI FAT: 4 HQ PARADO

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
REFERENCIA CONSUMO

11/2019	01
12/2019	01
01/2020	01
02/2020	01
03/2020	01
04/2020	01
05/2020	01
MÉDIA:	01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	32
CORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

Qualidade da Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	04,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIGACAO 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

De	108,92	1,65	1,80
Para	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 11/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

PROBLEMAS COM A BASTIDA? LIGUE 0800 100 000 0000  
081 12 21 5592 / 0840 6 4207

IMPRESSO EM: 06/10/2019 18:51:17

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800.221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **José Alexandre da Conceição**

inscrito (a) no CPF sob o nº **098.482.524-68**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

**José Alexandre da Conceição** inscrito (a) no CPF sob o nº **098.482.524-68**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>	Número <b>200</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>TIMBÓ</b>	Cidade <b>ABREU E LIMA</b>	Estado <b>PE</b>
CEP <b>53520170</b>		
Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b>		Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b>
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		

**Abreu e Lima/PE 14 de Janeiro de 2020**

**Rossana Lígia Fernandes Dantas**  
Assinatura do Declarante



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515, , CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVA VEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442*

---

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

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

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e Hora retirada da senha: 18/10/2019 23:20

Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 18/01/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 37 anos  
Senha: 0031  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

C8 +  
ortop

Período: 18/10/2019 23:29 - 18/10/2019 23:31

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 330753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PCT VITIMA DE ATRAPALAMENTO EM TIMBO POR VOLTA DAS 22:25  
TRAZIDO PARA ESTE SRVICO PELO CORPO DE BOMBEIRO  
PCT COM ESCORIAÇÕES + LESÃO EM MMII COM SANGRAMENTO ATIVO EM MIE  
POUCO RESPONSIVO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):  
- DOR INTENSA (8-10/10)  
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSIVEL  
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA  
- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA  
- SSVV ALTERADOS

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:  
- SACR - REGUA DE DOR: 10  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 13  
- FREQUENCIA CARDIACA: 64.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 34.00 RPM  
- GLICOSE: 96.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 109.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 64.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local

Enfermeiro

RE  
NEPTILMA

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 330753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/10/2019 23:31



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 500094

Senha de Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 18/10/2019 23:33

Paciente: 68632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 18/01/1982

Idade: 37 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12347

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

Endereço: CORREGO DA PRATA

515

Bairro: CAETES II

Cidade: URABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

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 vítima de atropelamento há 24 horas com lesão de membro superior direito. Chama a atenção para o fato de que o paciente não possui nenhuma alteração de consciência, não possui ferimentos visíveis e não possui alterações de vitalidade.

Exame Físico

Exame físico normal, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade. Exame físico normal, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade.

Hipótese Diagnóstica

Neurológico: Lesão de membro superior direito, com alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade, sem alterações de vitalidade.

Prescrição Médica

1. Analgésico: 100mg IV  
2. Analgésico: 100mg IV  
3. Analgésico: 100mg IV  
4. Analgésico: 100mg IV  
5. Analgésico: 100mg IV  
6. Analgésico: 100mg IV  
7. Analgésico: 100mg IV  
8. Analgésico: 100mg IV  
9. Analgésico: 100mg IV  
10. Analgésico: 100mg IV

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório

( ) Residência

( ) Transferido: Para

( ) Encaminhado ao setor de internação

Senha



# 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	JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO			6 - Nº Prontuário	66632
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
162406425330004	18/01/1982	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DA CONCEICAO			12 - Telefone de Contato	8185446436
13 - Nome Responsável	ELIS REGINA			14 - Telefone de Contato	81-85446436
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	CORREGO DA PRATA, 515 - CAETES II				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53630546		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
Anosmia com dor e deficiência e perda de peso			
21 - Condições que justificam a internação			
Anosmia			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
Exame físico e nariz			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
	582.2	V03.9	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
28 - Código do Procedimento			
040805.050-0			
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
Otorrinolaringologia	1) Urgência	(X) CNS ( ) CPF	Dr. Icaro Molin de Sá Pereira
33 - Nome Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho
PLANTONISTA CIRURGIA GERAL		18/10/2019	Otorrinolaringologia CREMERE 28560 12347

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E280000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
( ) CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho
	Dr. Icaro Molin de Sá Pereira Otorrinolaringologia / Otorrinolaringologia CREMERE 28560

AIH  
261910222150-5

AIH  
261910222151-6

Código do Laudo: 500094

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

Página: 0001

Data: 19/10/2019

Hora: 03:30

Aviso de Cirurgia: 60314

Sala: 0001 SALA 01

Paciente: 66632

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Atendimento: 500096

Convênio Aterid.: 1

SUS - INTERNACAO

Carteira:

Leito: 777

VERMELHO EXTRA02

Idade: 37 Anos

Dt. Início: 19/10/2019 02:10

Dt. Fim: 19/10/2019 03:35

Cid Pré-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO  
ANESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: LC + DC + FIXAÇÃO EXTERNA

CIRURGIÃO: DR FAGNER ATHAYDE

1º AUXÍLIO: DR IGOR ALCEGOR

2º AUXÍLIO: DR ICARO MOLIM

ANESTESISTA: DR PEDRO MELLO

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DISTAL DA PERNA, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS;  
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA DA TIBIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR;
6. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0;
7. CURATIVO ESTÉRIL.

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar:**Dr. Icaro Molim de S. Pereira  
Ortopedia e Reumatologia  
CREMEPE 28580

31-10-19

DR(A): FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
CRM: 18863

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

Página: 0001

Data: 27/10/2019

Hora: 19:50

Avulso de Cirurgia: 60495

Paciente: 86632

Convênio Atend.: 1

Leito: 68

Dt. Início: 27/10/2019 17:10

Cid Pré-Operatório: 8822

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003

SALA 03

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO-004

Dt. Fim: 27/10/2019 19:45

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 500096

Cafeteira:

Idade: 37 Anos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

CIRURGIÃO:  
ANESTESISTA:

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE OSSOS DA PERNA BILATERAL  
CIRURGIÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA + RFFI COM HÍM DE TIBIA BILATERAL  
CIRURGIÃO: DR. LUIZ CARVALHO  
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO  
ANESTESISTA: DRA. NATHALIA  
ANESTÉSIA: RAQUIANESTÉSIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTÉSIA;
2. RETIRADO FIXADOR EXTERNO LINEAR DE PERNA ESQUERDA + ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO;
5. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
7. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL
9. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 330;
10. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
11. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
12. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
13. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
14. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
15. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL
16. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 310;
17. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
18. LIMPEZA COM SF 0,9%;
19. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
20. CURATIVO;
21. CONTROLE COM RX;

Acheitos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

31-10-19

LUIZ CARVALHO  
JOÃO BOSCO B. E. Neto  
26.670

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

IDADE: 37 SEXO: MAS

DATA DA ADMISSÃO: 18/10/19

REG: 66632

DATA DA ALTA: 28/10/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA DIREITA E ESQUERDA

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- RFFI COM HIM DE TIBIA D e E

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ALGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. Renato Holanda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 25.345

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



# FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cod. Atendimento: 500096

Usuário: MAYARAAM

## DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO			Prontuário:	66632		
Idade:	37a 8m 30d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	18/01/1982
Profissão:		Escolaridade:		Telefone:	81-85446436	CEP:	53530545
R.G.:	8634561	C.P.F.:		515	CAETES II	- ABREU E LIMA	- PE
Endereço:	CORREGO DA PRATA						
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:			
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:			
Unidade Internação:	MELHA - EMERGENCIA			Acomodação:			
Médis Internação:	MELHA - EMERGENCIA			Leito:			
				VERMELHO/EXTRA02			

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:		R.G.:		C.P.F.:	31 10 19
Endereço:		Numero:			
Fone:		Cidade:		Estado civil:	CPmo

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	28/10/19	Hora da Alta:	9:00		
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Exatão
Condições de Alta:	Boa				
Diagnóstico Principal.....:	Ex orn da torn P112				
Diagnóstico Secundário01..:	- ANH-HIO				
Diagnóstico Secundário02..:	- EVISAC				
Prescrição.....:	H1M bilaterais				
	Dr. Renato Holanda Otorrinolaringologista CRM-PE 25.345				
	Médico e CRM:				
	Gla Regina Batista da Silva				
	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 18 de 10 de 2019

Gla Regina Batista da Silva  
Assinatura e RG de paciente ou pessoa responsável

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG: 66632

LEITO:

DATA/HORA	
19/10/2014	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
00:30	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 40 MINUTOS COM RELATO DE USO DE BEBIDA ALCOOLICA CHEGA A ESTA UNIDA- DE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. POUCO COLABORATIVO. AO EXAME NÃO SABE RELATAR PERDA DE CONSCIENCIA OU EPI- SÓDIOS EMÉTICOS.
	EF: REG, CONSCIENTE, POUCO COLABORATIVO, ACIANOTICO, DEFORMIDADE EM MMII (PERNAS) COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA. NVC +
	HD: FRATURA DIAFISARIA DE TÍBIAS, SENDO EXPOSTA A ESQUERDA + FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO
	CD: INTERNO AO BLOCO CIRURGICO PARA REALIZAR FIXAÇÃO EXTERNA E LIMPEZA COM DEBRIDAMENTO
	Dr. João Máximo S. Pereira Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 20960
20/10/14	HSOT 14
14:30	HT. A. NCS na
	PO 1940. LC + DC + Fixação externa

EVOLU. SEM, ESTABILIZADO QUANTO  
CD. AO VANT. METABOLICAS E ANTES NACS

Dr. João Máximo S. Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 20960

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: [Assuntir]  
CLÍNICA:

*João Oliveira da Silva*

ENFERMAGEM:

REG: [Categoria]

LEITO:

*66632*

DATA/HORA	
<del>26/10/19</del>	<i>26/10/19</i>
<i>15h</i>	<p><i>LOT 4</i></p> <p><i>VB = FANT. NUTRICION. EXLUS. E TUBA (E)</i></p> <p><i>FRAGMENTO LE (E)</i></p> <p><i>b = 19/10 = LCIOL + FIXAÇÃO GLOBO</i></p> <p><i>Paciente sem queixas</i></p> <p><i>sem sintomas conv. Alimento</i></p> <p><i>MI (E) = NV (E)</i></p> <p><i>de exames NUTRICION. DE BNF</i></p> <p><i>CHAMADO AMPLIO</i></p> <p><i>#501</i></p>
<i>28/10/19</i>	<i>→ #501 1º DPO 16 dias após D. 11</i>
<i>9:00h</i>	<p><i>Seu estado é bom hemodinamicamente, sem</i></p> <p><i>problemas</i></p> <p><i>EF: BDB, comente, orientada, suplex, hidratada</i></p> <p><i>normocorada. NV normal</i></p> <p><i>Rx: Boa redução e presença</i></p> <p><i>→ CD: Alta hospitalar reform 16 dias</i></p> <p><i>Analise, diambolante</i></p>

Dr. Renato Holanda  
Osteopata Fisiologia  
CRM-PE 25.345



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jose Alexandre Registro: 66632  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/hora

11.11.19

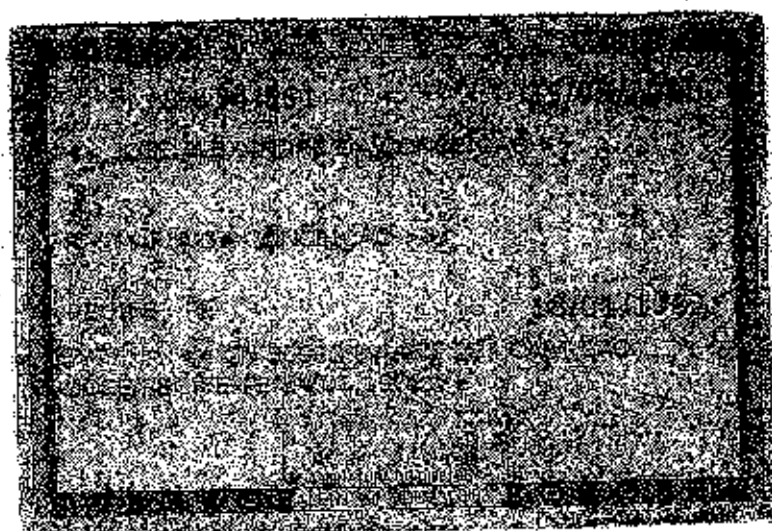
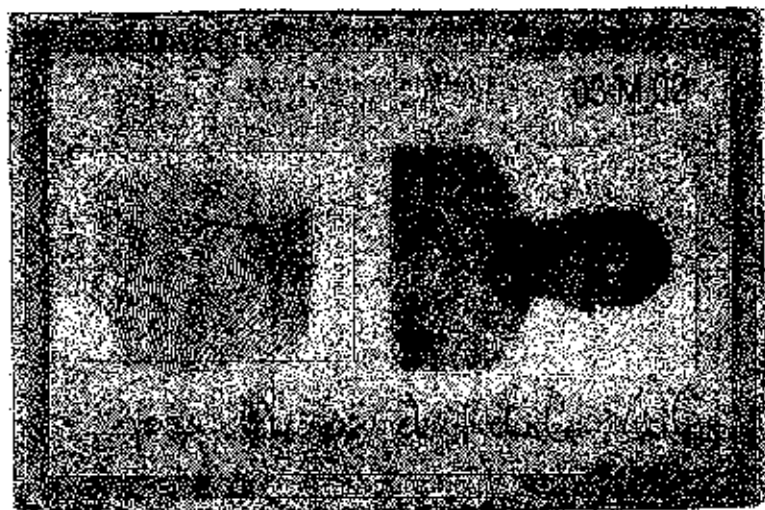
HO: 1ª EXAME DE ORTOS DA ANOS (E)  
1ª FREQUÊNCIA DE ORTOS DA ANOS (E)  
19.10 - PREG  
27.10 - fim BILATERAL

Deixou o braço com  
dores. Retirei por a  
relativa de dor de  
boca. WICHA. BILATERAL  
MOTORA.

foi sem dor. APTITUDE  
S/ PROBLEMA.

CS: Retornou em 15 dias x 1ª  
PUTARAR PORTO P.  
BILATERAL COM MÚLTIPLOS  
LADOS.

Ass.  
Car.  
11/11/19



BRASIL  
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **098.492.524-48**

Nome: **JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

Data de Nascimento: **18/01/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/11/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:23:43** do dia **10/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **80F9.B1D3.9D7E.BA5B**

