

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00120-1

CONTA: 000010025074-2

Nr. da Autenticação B1AF33E17EDABA78

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707505 **Cidade:** União dos Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA,
FRATURA DE ARCOS COSTAIS COM LUXAÇÃO ESTERNOCOSTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: RELATÓRIO PÁG. 01 // DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FABIO BARROS, CRM 6759, EM 17/12/2019, ACOSTADO NA PÁGINA 01.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

Folhas 1/1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE XXXXXXXXXXXXXX						NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente à filial) XXXXXXXXXXXXXX						
NOME DO EMPRESÁRIO (completo, sem abreviações) BRENNA BEATRIZ DE SOUZA												
NACIONALIDADE BRASILEIRA						ESTADO CIVIL SOLTEIRO						
SEXO M ☐ F ☒		REGIME DE BENS (se casado) XXXXXXXXXXXXXX										
FILHO DE (pai) JOSE IRONALDO DE SOUZA						(mãe) MARIA ELIZABETE DE SOUZA						
NASCIDO EM (data de nascimento) 14/09/1992			IDENTIDADE (número) 32588534			Órgão emissor SEDS			UF AL		CPF(número) 089.030.104-26	
EMANCIPADO POR (forma de emancipação - somente no caso de menor) XXXXXXXXXXXXXX												
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO - rua, av., etc.) RUA ANTONIO HONORATO DA SILVA										NÚMERO 73		
COMPLEMENTO XXXXXXXXXXXXXX				BAIRRO/DISTRITO CENTRO				CEP 57.800-000		CÓDIGO DO MUNICÍPIO (uso da Junta Comercial) 186		
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES										UF AL		
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário e requer à JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE ALAGOAS												
CÓDIGO DO ATO 080		DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO				CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX		DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX				
CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX		DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX				CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX		DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX				
NOME EMPRESARIAL BRENNA BEATRIZ DE SOUZA												
LOGRADOURO (rua, av., etc.) RUA DR HERMANO SARMENTO PLECH										NÚMERO 20		
COMPLEMENTO XXXXXXXXXXXXXX				BAIRRO/DISTRITO CENTRO				CEP 57.800-000		CÓDIGO DO MUNICÍPIO (uso da Junta Comercial) 186		
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES						UF AL		PAÍS BRASIL		CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) raquel.alconta@hotmail.com		
VALOR DO CAPITAL - R\$ 20.000,00			VALOR DO CAPITAL - (por estenso) VINTE MIL REAIS									
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (cnae) Atividade Principal 8219999 Atividade secundária XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX		DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARACAO DE DOCUMENTOS E SERVICOS ESPECIALIZADOS DE APOIO ADMINISTRATIVO NAO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE (CONSULTORIA E ACESSORIA DE SEGURO DPVAT) XXXXXXXXXXXXX										
DATA DE INICIO DAS ATIVIDADES XXXXXXXXXXXXXX			NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ XXXXXXXXXXXXXX			TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE ANTERIOR XXXXXXXXXXXXXX			UF XX		USO DA JUNTA COMERCIAL DEPENDENTE DE AUTORIZAÇÃO GOVERNAMENTAL ☐ 1-sim ☒ 3-não	
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/garante) <i>Brenna Beatriz de Souza</i>												
DATA DA ASSINATURA 16/04/2012			ASSINATURA DO EMPRESÁRIO <i>Brenna Beatriz de Souza</i>									
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL												
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE <i>Anne Rose Passos</i> Assessoria Técnica - JUCEAL 16/04/2012						AUTENTICAÇÃO  AL1201203380285						

REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

Folhas 1/1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE XXXXXXXXXXXXXX		NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente a filial) XXXXXXXXXXXXXX	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo, sem abreviações) BRENNA BEATRIZ DE SOUZA			
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL SOLTEIRO	
SEXO M ☐ F ☒		REGIME DE BENS (se casado) XXXXXXXXXXXXXX	
FILHO DE (pai) JOSE IRONALDO DE SOUZA		(mãe) MARIA ELIZABETE DE SOUZA	
NASCIDO EM (data de nascimento) 14/09/1992		IDENTIDADE (número) 32588534	
Órgão emissor SEDS		UF AL	
CPF (número) 089.030.104-26			
EMANCIPADO POR (forma de emancipação - somente no caso de menor) XXXXXXXXXXXXXX			
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO - rua, av, etc) RUA ANTONIO HONORATO DA SILVA		NÚMERO 73	
COMPLEMENTO XXXXXXXXXXXXXX		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	
CEP 57.800-000		CÓDIGO DO MUNICÍPIO (uso da Junta Comercial) 186	
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES		UF AL	
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário e requer à JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE ALAGOAS			
CÓDIGO DO ATO 080		DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	
CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX		DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX	
CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX		DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX	
NOME EMPRESARIAL BRENNA BEATRIZ DE SOUZA			
LOGRADOURO (rua, av, etc) RUA DR HERMANO SARMENTO PLECH		NÚMERO 20	
COMPLEMENTO XXXXXXXXXXXXXX		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	
CEP 57.800-000		CÓDIGO DO MUNICÍPIO (uso da Junta Comercial) 186	
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES		UF AL	
PAÍS BRASIL		CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) raquel.alconta@hotmail.com	
VALOR DO CAPITAL - R\$ 20.000,00		VALOR DO CAPITAL - (por estenso) VINTE MIL REAIS	
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (cnae) Atividade Principal 8219999 Atividade secundária XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX		DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARACAO DE DOCUMENTOS E SERVICOS ESPECIALIZADOS DE APOIO ADMINISTRATIVO NAO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE (CONSULTORIA E ACESSORIA DE SEGURO DPVAT) XXXXXXXXXXXXXX	
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES XXXXXXXXXXXXXX		NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ XXXXXXXXXXXXXX	
TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE ANTERIOR XXXXXXXXXXXXXX		UF XX	
USO DA JUNTA COMERCIAL DEPENDENTE DE AUTORIZAÇÃO GOVERNAMENTAL ☐ 1-sim 3-não			
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/garante) e Brenna Beatriz de Souza			
DATA DA ASSINATURA 16/04/2012		ASSINATURA DO EMPRESÁRIO e Brenna Beatriz de Souza	
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL			
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE		AUTENTICAÇÃO	
Anne Rose Passos Assessoria Técnica - JUCEAL 16/04/2012			
		AL1201203380285	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458028/19

Vítima: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

CPF: 026.718.734-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: EDUARDO DE ANDRADE
NASCIMENTO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRENNNA BEATRIZ DE SOUZA ME : 15.433.925/0001-01

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO : 026.718.734-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: BRENNNA BEATRIZ DE SOUZA ME
CNPJ: 15.433.925/0001-01

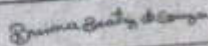
BRENNNA BEATRIZ DE SOUZA ME

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
	NOME BRENNIA BEATRIZ DE SOUZA
	DOC. EMITENTE / ORG. EMISSOR / UF 3258534 ERDO AL
	CPF 085.530.103-26
	DATA DE NASCIMENTO 14/09/1993
	PLACAO JOSE IONORALDO DE SOUSA MARIA ELISABETE DE SOU SA
IDENTIFICACAO 965923833	ACC 00000000
VALOR 05937439236	VALIDADE 17/12/2017
OBRIGACAO Apto para Transporte Remunerado	
ASSINATURA DO TITULAR 	
LOCAL MACETIO, ALAGOAS	DATA EMISSAO 25/11/2016
ASSINATURA DO DIRETOR Ana Paula Sacramento Martins Mendes Diretora-Presidente do Detran-AL	
IDENTIFICACAO DO DETRAN 03134240164 AL015534345	
DETRAN - AL (ALAGOAS)	

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
965923833

PROTECCAO PLASTIFICADA
965923833

TIM S.A.
R. Prof. José Silveira Carreira, 340
Pinheiro - Modelo - AL
CNPJ: 02.421.421/0015-17 - IE: 24097710-6
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM

Página 1 de 2

R\$ 161,50

VENCIMENTO

15/09/2019

EMIÇÃO: 01/09/2019

POSTAGEM: 03/09/2019



CTC RECIFE PE PL6
BRENNIA BEATRIZ DE SOUZA
RUA ANTONIO HONORATO DA SILVA 73
CENTRO
57800-000 - UNIAO DOS PALMARES - AL



7214049716 15288 00000011005 30 030919

FATURA DE PAGAMENTO: 3954729502
REF: SET/19 PERÍODO 25/07/19 a 24/08/19
CPF/CNPJ: 15433925000101
CLIENTE: 7.1222212.10
DÉB. AUTOMÁTICO: 00000000979541205015



IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nonodigito.

Nosso atendimento: *144 do seu TIM ou 1056 de qualquer telefone.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DÉBITO AUTOMÁTICO

Cadastre sua conta no débito automático de seu banco utilizando o número de identificação neste boleto



CONTA DIGITAL TIM (WWW.MEUTIM.COM.BR)

- Baixar e imprimir 2ª Via de Conta
- Realizar pagamentos online
- Alterar data de vencimento
- Visualizar contas dos últimos meses
- Acessar gráficos avançados

**CAIXA
AQUI
95222
PAGO**

20190825 TIM 14 SP 1V EP 0590 AD059
PL0 - EMP - TIM - AUDIT-95922148 - PAG. CLIENTE 1712 - PAG. SP00L 1981379992

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346549/19

Vítima: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

CPF: 026.718.734-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: EDUARDO DE ANDRADE
NASCIMENTO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME : 15.433.925/0001-01

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO : 026.718.734-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

NOVO

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME
CNPJ: 15.433.925/0001-01

BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ednardo de Andrade Nascimento

Brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Representante Comercial
residente e domiciliado à Rua Barra Cavalcante de Barros
Nº 207, Bairro Alto da Boa Vista Município de União dos Palmares
estado de Alagoas CEP 57.800-000 portador (a) do RG Nº
1543994 e CPF Nº 026.718.734-33.

OUTORGADO: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA - ME, CNPJ 15.433.925/0001-01, localizada na Rua Dr. Hermano Sarmiento Plech, 20, Centro - União dos Palmares - AL.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o(a) Sr.^a(a) Eduardo de Andrade

Nascimento ocorrido em 20/08/2019
conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declaração de endereço, assinar autorização de pagamento/ credito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Vinços das Salinas, 17 de Setembro de 2019

Eduardo de Andrade Nascimento

OUTORGANTE

CPF Nº 026.718.734-33

ATENÇÃO SR. TABELIÃO:

SÓ RECONHECER FIRMA POR *AUTENTICIDADE*, "NUNCA" POR SEMELHANÇA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Eduardo de Andrade Nascimento

Brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Representante Comercial
residente e domiciliado à Rua Isaura Cavalcante de Barros
Nº 207, Bairro Alto da Boa Vista Município de União dos Palmares
estado de Alagoas CEP 57.800-000 portador (a) do RG Nº
1543994 e CPF Nº 026.718.734-33.

OUTORGADO: BRENNIA BEATRIZ DE SOUZA - ME, CNPJ
15.433.925/0001-01, localizada na Rua Dr. Hermano Sarmento Plech, 20,
Centro – União dos Palmares – AL.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e
constitui o (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto
à qualquer seguradora do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro,
que vitimou em acidente de transito o(a) Sr.ª(a) Eduardo de Andrade

Nascimento ocorrido em 20/08/2019
conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a)
próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declaração de
endereço, assinar autorização de pagamento/ credito de indenização de
Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro
DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem
precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel
cumprimento do presente mandato.

União dos Palmares, 17 de Setembro de 2019



Eduardo de Andrade Nascimento

OUTORGANTE

CPF Nº 026.718.734-33

ATENÇÃO SR. TABELIÃO:

SÓ RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE, "NUNCA" POR SEMELHANÇA



Reconheço por AUTENTICIDADE (ass) firma	
<u>Eduardo de Andrade Nascimento</u>	
Em Teste	da verdade
17 SET. 2019	
<u>[Assinatura]</u>	
Oficial Bel. Célio Barboza Duarte	
Substituta Ana Maria Barboza Duarte	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458028/19

Vítima: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

CPF: 026.718.734-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME : 15.433.925/0001-01

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO : 026.718.734-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME
CNPJ: 15.433.925/0001-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707505

Vítima: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707505

Vítima: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **00000120-1**

Conta: **000010025074-2**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
026.718.734-33 Eduardo de Andrade Nascimento

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

5 - Nome completo: Eduardo de Andrade Nascimento 6 - CPF: 026.718.734-33
7 - Profissão: Representante Legal 8 - Endereço: Rua Branca Cavalcante Barros 207
11 - Bairro: Alto da Boa Vista 12 - Cidade: União dos Palmares 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57.800-000
15 - E-mail: jbs.seguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 82-3283-5400

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: ☒ RECUO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA 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: 120 1 CONTA: 25074 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo 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 da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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, União dos Palmares - 04-10-2019

x Eduardo de Andrade Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
026.718.734-33 Eduardo de Andrade Nascimento

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

5 - Nome completo: Eduardo de Andrade Nascimento 6 - CPF: 026.718.734-33
7 - Profissão: Representante Conselhal 8 - Endereço: Rua Branca Cavalcante Barros 207
11 - Bairro: Alto da Boa Vista 12 - Cidade: União dos Palmares 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57.800-000
15 - E-mail: jbs.seguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 82-3283-5400

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: ☒ RECUO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA 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: 120 1 CONTA: 25074 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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, União dos Palmares - 04-10-2019

x Eduardo de Andrade Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -
AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 088474/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/10/2019 16:05 Data/Hora Fim: 03/10/2019 16:30
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 114º Distrito Policial - União Dos Palmares

Data/Hora do Fato: 20/08/2019 17:30

Local do Fato

Município: União dos Palmares (AL)
Logradouro: BR 104, entrada de União dos Palmares
Complemento: Próximo ao Posto Serra da Laje

Bairro: União dos Palmares

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE, SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - União dos Sexo: Masculino Nasc: 23/09/1977
Profissão: Representante Comercial
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DE ANDRADE NASCIMENTO Nome do Pai: JOSE RAMOS DO NASCIMENTO
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 026.718.734-33
RG - Carteira de Identidade: 1543994

Endereço

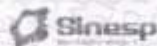
Município: União dos Palmares - AL
Logradouro: Rua Laura Cavalcante de Barros
Complemento: Próximo à Praça Frei Damião
Bairro: Alto da Boa Vista
Telefone: (82) 99337-5818 (Celular)

Nº: 207

CEP: 57.000-800

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/POP 110I	CPF/CNPJ do Proprietário 122.174.724-02
Placa ORI2843	Renavam 01088462097
Número do Motor JB01E0G503994	Número do Chassi 9C2JB0100GR503987
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor VERMELHA
UF Veículo Alagoas	Município Veículo União dos Palmares
Marca/Modelo HONDA/POP 110I	Modelo HONDA/POP 110I



Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
Impresso por: Paulinne Cybelle Mendes Gonçalves
Data de Impressão: 03/10/2019 16:30
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 088474/2019

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 11/09/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Ciente da punibilidade prevista nos Arts. 299 e 340 do CPB sobre falsas declarações e omissão de informações relevantes em documentos públicos, compareceu a esta Especializada, o noticiante EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO, CPF nº. 026.718.734-33 e relatou que no dia e hora supracitados, estava guiando a motocicleta HONDA/POP 110I, de placa ORI 2843, licenciada em nome de LEANDRO JOSE DA SILVA - CPF 122.174.724-02, pela BR 104, no sentido para entrar em União dos Palmares, quando próximo ao trevo, um cachorro atravessou a via de modo repentino e no meio do caminho retornou, e o noticiante na tentativa de livrar o animal, se chocou com o mesmo, vindo ao solo e sofrendo lesões. O noticiante relata ainda que foi socorrido por populares e colocado em uma ambulância do município e encaminhado para o Hospital São Vicente de Paula, e posteriormente encaminhado ao Hospital da Unimed. É o que tinha a declarar.

ASSINATURAS



Paulinne C. M. Gonçalves
Ag. de Polícia Civil
Mat.: 424-3

Paulinne Cybelle Mendes Gonçalves

Agente de Polícia
Matrícula 424-3

Responsável pelo Atendimento

Eduardo de Andrade Nascimento

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

(Vítima / Comunicante / Suposto Autor/Infrator)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -
AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 088474/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/10/2019 16:05 Data/Hora Fim: 03/10/2019 16:30
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 114º Distrito Policial - União Dos Palmares

Data/Hora do Fato: 20/08/2019 17:30

Local do Fato

Município: União dos Palmares (AL)
Logradouro: BR 104, entrada de União dos Palmares
Complemento: Próximo ao Posto Serra da Laje

Bairro: União dos Palmares

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE, SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - União dos Sexo: Masculino Nasc: 23/09/1977
Profissão: Representante Comercial
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DE ANDRADE NASCIMENTO Nome do Pai: JOSE RAMOS DO NASCIMENTO
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 026.718.734-33
RG - Carteira de Identidade: 1543994

Endereço

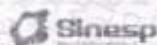
Município: União dos Palmares - AL
Logradouro: Rua Laura Cavalcante de Barros
Complemento: Próximo à Praça Frei Damião
Bairro: Alto da Boa Vista
Telefone: (82) 99337-5818 (Celular)

Nº: 207

CEP: 57.000-800

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/POP 110I	CPF/CNPJ do Proprietário 122.174.724-02
Placa ORI2843	Renavam 01088462097
Número do Motor JB01E0G503994	Número do Chassi 9C2JB0100GR503987
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor VERMELHA
UF Veículo Alagoas	Município Veículo União dos Palmares
Marca/Modelo HONDA/POP 110I	Modelo HONDA/POP 110I



Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
Impresso por: Paulinne Cybelle Mendes Gonçalves
Data de Impressão: 03/10/2019 16:30
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 088474/2019

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 11/09/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Ciente da punibilidade prevista nos Arts. 299 e 340 do CPB sobre falsas declarações e omissão de informações relevantes em documentos públicos, compareceu a esta Especializada, o noticiante EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO, CPF nº. 026.718.734-33 e relatou que no dia e hora supracitados, estava guiando a motocicleta HONDA/POP 110I, de placa ORI 2843, licenciada em nome de LEANDRO JOSE DA SILVA - CPF 122.174.724-02, pela BR 104, no sentido para entrar em União dos Palmares, quando próximo ao trevo, um cachorro atravessou a via de modo repentino e no meio do caminho retornou, e o noticiante na tentativa de livrar o animal, se chocou com o mesmo, vindo ao solo e sofrendo lesões. O noticiante relata ainda que foi socorrido por populares e colocado em uma ambulância do município e encaminhado para o Hospital São Vicente de Paula, e posteriormente encaminhado ao Hospital da Unimed. É o que tinha a declarar.

ASSINATURAS



Paulinne C. M. Gonçalves
Ag. de Polícia Civil
Mat.: 424-3

Paulinne Cybelle Mendes Gonçalves

Agente de Polícia
Matrícula 424-3

Responsável pelo Atendimento

Eduardo de Andrade Nascimento

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

(Vítima / Comunicante / Suposto Autor/Infrator)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **026.718.734-33** 3 - CPF da vítima: **026.718.734-33** 4 - Nome completo da vítima: **Eduardo de Andrade Nascimento**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: **Eduardo de Andrade Nascimento** 6 - CPF: **026.718.734-33**
 7 - Profissão: **Representante Comercial** 8 - Endereço: **Rua Branca Cavalcante Barros 207** 9 - Número: **207** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Alto da Boa Vista** 12 - Cidade: **União dos Palmares** 13 - Estado: **AL** 14 - CEP: **57.800-000**
 15 - E-mail: **fbseguros@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD) **82-3283-5400**

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/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Marque uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **120** **1** CONTA: **25074** **0** 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Felo motivo alegado, 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 não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(n)s? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura original do requerente
 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: **União dos Palmares - 04-10-2019**

x Eduardo de Andrade Nascimento
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **026.718.734-33** 3 - CPF da vítima: **026.718.734-33** 4 - Nome completo da vítima: **Eduardo de Andrade Nascimento**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: **Eduardo de Andrade Nascimento** 6 - CPF: **026.718.734-33**
 7 - Profissão: **Representante Comercial** 8 - Endereço: **Rua Branca Cavalcante Barros 207** 9 - Número: **207** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Alto da Boa Vista** 12 - Cidade: **União dos Palmares** 13 - Estado: **AL** 14 - CEP: **57.800-000**
 15 - E-mail: **fbseguros@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD) **82-3283-5400**

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/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Marque uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **120** **1** CONTA: **25074** **0** 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Felo motivo alegado, 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 não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura original do requerente: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - [x] 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: **União dos Palmares - 04-10-2019**

x Eduardo de Andrade Nascimento
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ficha de Comparação

Autenticação Mecânica

accident / ˈædɪdənt/

EDUARDO D A NASCIMENTO CPF: 028.718.734-33
RUA LUIZA CAVACANTE DE BARROS 207 CASA ALTO DA BOA VISTA
57600-000 UNIAO DOS PALMEIRAS AL

RECHERCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR CORRADO
FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO, TRÁMITE ACRESCIMOS E JUROS REANUNCIATOS
PELO ATRASO
O PAGAMENTO ESTÁ DISPONÍVEL PARA ACHATELO APÓS DUAS ÚTEIS
DIA DE SEGUNDA CONFINA OS 3 PRIMEIROS NÚMEROS DA LINHA DIGITAL
ELES SEMPRE DEVERÃO CORRESPONDER AO CÓDIGO DO BANCO BRADESCO 23792

various (ratio de variabilidade de variáveis)

 Bradesco		237-2	23792.37403 91914.791024 93008.36005 5 00000000000000
PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU NAS LOJAS RIACHUELO			
15/09/2019			
Agência / Código da Distribuição			
MIDWAY SA - 09.464.032/0001-12 - R LEAO XIII, 500, TERRERO ANEXO A, SP			
Número de Documentos		147910293	
Etagens Documentos		02/09/2019	
Data do Documento		02/09/2019	
Carteira		09	
Etagens Mistas		Real	
Quantidade		N	
Valor		09/19/147910293-0	

[illegible][illegible]

Central de Atendimento Riachuelo Capitais e regiões metropolitanas 3003-4342 Demais localidades 0800 701 4342 5M (flocos, cancelamentos e informações Gerais) 0800 727 4033 Devidores Auditivos 0800 772 0604 Ouvintes (Das 10h às 18h - segunda a sexta exceto feriados) 0800 727 3255	Parcelamento de Fatura até o Vencimento Opção não disponível	ou	Parcelamento Automático Opção não disponível
Vencimento 15/09/2019	Saldo a Pagar R\$ 231,00	ou	Vencimento 15/09/2019

Central de Atendimento Riachuelo	Capitais e regiões metropolitanas	3003-4342
Demais localidades	0800 701 4342	
SAC (Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais)	0800 721 4033	
Indicentes Auditivos	0800 722 0604	
Outdoors (Das 16h às 18h - segunda a sexta exceto feriados)	0800 727 3255	

RIACHUELO
www.riachuelo.com.br

MIDWAY
www.midwayfinaeiras.com.br

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 SUSEP¹ 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**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Brienna Beatriz de Souza - ME inscrito (a) no CPF 15.433.925/0001-01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ednardo de Andrade Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.718.734/33 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ednardo de Andrade Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.718.734/33, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Antonio Honorato da Silva</u>		Número	<u>73</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>União dos Palmares</u>	Estado	<u>AL</u>
Email	<u>js.seguros@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>82.3281-5400</u>	Telefone celular (DDD)
				<u>82-9.8704-1108</u>	

União 04 de Outubro de 2019
Local e Data

Brienna Beatriz de Souza
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE URGÊNCIA

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente
EdUARDO DE GIMARÃES NASCIMENTO, deu entrada na
unidade hospitalar no dia 20 / 08 / 19 no período
18 : 17 às 19 : 15 conforme ficha Nº 491746
Tendo como acompanhante


Elizângela F. Correia da Silva
Coordenadora da Recepção
Recepção

União dos Palmares, 26 / Agosto 2019

143	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Data: 20/08/2019
		Hora: 18:17
	Periodo: 20/08/2019 a 20/08/2019	Pagina: 01

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. J12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Nome: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Cd.Pac: 261051

Mae: MARIA DE FATIMA DE ANDRADE NASC

M/A 20/_ ATEND:491796 URG 386865

Idade: 41 ano(s)

Escolar

Nasc.: 23/09/1977

Anexar Resultados dos exames

RG:

Complementares

SUS:

Celular

Data: 20/08/2019 18:17:15

Fone:

Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF:AL

End.: , n.º ,

Bairro: ALTO DA BOA VISTA CEP:578000

DIAGNOSTICO CID:

QUEIXAS

doente de mão, unhas +
deformação em (E) + atropia
(E) + dor leve

EXAME FISICO

PA = 130 x 90
FC = 87

PROCEDIMENTO

- Tensão 100 ml - 100% - EV (leu.)

CONDUTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAÇÃO

Receber, BAS-DM

NATUREZA DO ATENDIMENTO

- (x) 1- Clínica Médica () 6-Acidente de trabalho () 6-1 trabalhador formal
() 2- Pediatria () 3-Obstetrícia. () 6-2 trabalhador Informa
() 4- Clínica cirurgica () 5-Acidente de transito () 6-3 Acid. de trajeto

TIPO DO ATENDIMENTO

- () 1- Hospitalar () 2- Atenção Básica - PSF
() 3- Outros:

Exame Solicitado:

Laudo:

Assinatura do Paciente ou responsável

Assinatura ou carimbo do Médico

Assinatura do Diretor Responsável

Outros:

	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Data: 20/08/2019
		Hora: 18:17
	Periodo: 20/08/2019 a 20/08/2019	Pagina: 02

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. J12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Nome: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Cd.Pac: 261051

Mae: MARIA DE FATIMA DE ANDRADE NASC

M/A 20/_ ATEND:491796 URG 386865

Idade: 41 ano(s)

Escolar

Anexar Resultados dos exames



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO MATERNIDADE SANTA CATARINA

Av. Harmonia Verde
889 - Centro
União dos Palmares - Al.
CEP: 57.000-000
Fones: (021) 3222.3336
www.hospitalssvp.org.br

FORMULÁRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

NOME:

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

END:

RUA LAURA CAVALCANTE DE BARROS

CIDADE:

UNIAO DOS PALMARIS

DN:

23.07.1977

IDADE:

41 anos

CARTEIRA ASSINADA: ☒ SIM () NÃO

EMPRESA:

ASA BRANCA

OCUPAÇÃO:

VENDEDOR

ACIDENTE: ☒ TRAJETO () TÍPICO

CAUSA:

BATEU EM UM CACHORRO NA BR 104

REGIÃO ATINGIDA:

DATA DO ANTEDIMENTO: 20/08/19

ASSINATURA DO PACIENTE:

Secretaria Municipal de Saúde		FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE		N.º DE INSCRIÇÃO																																																					
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:		H.S.U.P.		DATA DA CONSULTA:																																																					
DESTINO:		H.G.E.		HORA DA CONSULTA:																																																					
NOME DO USUÁRIO:		Eduardo Andrade do Nascimento		BLOCO:	SALA:																																																				
ENDEREÇO:																																																									
NOME DO PROFISSIONAL:																																																									
ESPECIALIDADE:		Neurologia																																																							
MOTIVO:		Paciente que apresenta após acidente de trânsito TC cefaloparietal, depressão e um ombro C fratura de clavícula? Dist. anclada e conduta.																																																							
ÚLTIMO TRATAMENTO:		Traumad 100g - 100ml 5x.																																																							
USO EXCLUSIVO DO DENTISTA:																																																									
		DENTES OU ROSTO:																																																							
<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td></tr> <tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td></tr> </table>		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																										
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																										
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V																																																
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V																																																
DATA: 20/10/2019		ASSINATURA: 																																																							

OBS.: Em caso de encaminhamento médico ou odontológico usar a verso

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO** 41 anos, foi atendido nesta Unidade Hospitalar no dia 30/08/2019 às 14h: 56min. Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando trauma em ombro esquerdo.

Exame Físico: Dor a palpação, região clavicular e articulação esterno costal.

Hipótese diagnóstica: Fratura de clavícula + Luxação esterno costal.

Conduta: Foi realizado RX da clavícula + CT do tórax. Foi solicitado avaliação do cirurgião de tórax. Alta da Ortopedia com acompanhamento ambulatorial. RX: fratura com bom alinhamento e bom contato - seguimento laboratorial. CT: luxação clavículo esternal? Avaliação do Cirurgião de Tórax: CT do tórax com múltiplas fraturas costais, sem hemo/pneumo tórax. CD: oriento retorno ambulatorial, converso e explico sobre evolução da fratura e tratamento conservador no momento. Alta da Cirurgia Torácica. Foi imobilizado e liberado.

Maceió, 09 de Setembro de 2019.


Dr. Sebastião Mota
 Médico Cooperado
CRM - AL - 2823

Pela Equipe Multidisciplinar.

Dr. Sebastião Mota

CRM AL - 2823

PRONTO ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

DADOS DO PACIENTE:



Cód. Usuário :01990351000485004

Nome Social:

Nome Usuário : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 23/09/1977 - 41 anos

Sexo: Masculino

Senha: 0000000048168391

Classificação de Risco em: 20/08/2019 - AMARELO

CPF: 026.718.734-33 Registro: 970555

CEP: 57000-000

Endereço: RUA LAURA CAVALCANTE DE BARROS

Bairro: Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF: AL

Telephone: 82993430422

Plano: UNIMED ARAPIRACA/AL

IH: 3

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA

Assinatura do Usuário/Responsável:

CONTROLE DE EXAMES:

PREENCHIMENTO DA ANAMNESE DO (A) PACIENTE DEVERÁ SER REGISTRADA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

PRONTO ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

Pág. 01 de 02

Data/Hora : 30/08/2019 14:55 Prontuário : 19447 Registro: 970555
Cód. Usuário : 01990351000485004 Plano : UNIMED ARAPIRACA/AL
Nome Usuário : **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**
CR. : **Avaliação em 20/08/2019 - AMARELO** Senha: 0048168391 0048168391
Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 23/09/1977 - 41 ano(s) 11 mes(es) 23 dia(s)
Endereço : RUA LAURA CAVALCANTE DE BARROS 57000000 UNIAO DOS PALMARES AL
Telefone : 82993430422 R.G.: 1543994 CPF: 02671873433
Nome da Mãe : MARIA DE FATIMA CID:

Assinatura do Usuário ou Responsável: _____

Hora do Atendimento Médico: 30/08/2019 14:56

Acidente de Trabalho? Não

Reação(ões) Alérgica(s):

NEGA

Queixa Principal + História de Doença Atual:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO APRESENTANDO TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Exame Médico:

DOR A PALPÇÃO REGIÃO CLAVICULAR E ARTICULAÇÃO ESTENOCOSTAL

Antecedente(s) Pessoal(is)/Patológico(s):

Asma : Não	Coronariopatia : Não	Diabetes : Não	Distúrbio Psiquiátrico : Não
Etilismo : Não	Hipertensão : Não	Tabagismo : Não	Tireopatia : Não
Transusão: Não	Outros:		

Hipótese(s) Diagnóstica(s):FRATURA DE CLAVICULA
LUXAÇÃO ESTERNO COSTALDr.(ª): 6759 - Dr. FABIO DE CARVALHO BARROS
Assinatura e Carimbo

Fábio Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM 6759
TEOT 15765 / RQE 3611

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Convênio: UNIMED ARAPIRACA/AL Reg.: 970555
Unidade: PRONTO SOCORRO
Leito: -
Admissão: 30/08/19 14:55
Diag.:

Idade: 41 anos
Prontuário: 19447

Inscrição: CRM: - -

Profissional: Dr(a):

6759

30/08/2019 16:04

1) IMOBILIZAÇÃO TIPO 8

Dr(a): FABIO DE CARVALHO BARROS
CRM: 6759

Fabio Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM/AL - 6759
TEOT 15706 / ROE 3611

Realizados ± mobilizações em oito
para fratura de Clavícula Esquerda

Jose Carlos da Silva
Téc. em Imobilização
Ortopedia

SOLICITAÇÃO DE MATERIAL ORTODONTIA

NOME DO PACIENTE: Edvardo de Andrade Naveimato

REGISTRO: _____

DATA: 30.08.19

CONVÊNIO(1)

INTERCÂMBIO()

PARTICULAR()

Material

QUANTIDADE SOLICITADA

ATADURA DE ALGODÃO ORT. 12 CM

ÁCIDO GRAXOS ESSENCIAIS

AGULHA 40X12

ATADURA DE ALGODÃO ORT. 10 CM

ATADURA DE CREPOM 10 CM

ATADURA DE CREPOM 12 CM

ATADURA GESSADA 10 CM

ATADURA GESSADA 12 CM

COLAR CERVICAL

COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL PCTS.

ESPARADRAPO COMUM

LÂMINA DE BISTURI Nº 11

LUVA ESTÉRIL Nº 7

LUVA ESTÉRIL Nº 8

MALHA TUBULAR 10 CM

MALHA TUBULAR 8 CM

MICROPORE

SERINGA DE 20 ML

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML

TALA FIX

TIPÓIA

TRANSOFIX

OUTROS:

08

02

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

Jose Carlos da Silva
Assinatura e Carimbo do Solicitante

Heitor Viana
Nº 2725

DISPENSA DO CHECK-UP
CHECK-UP ENFERMEIRO

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO** 41 anos, foi atendido nesta Unidade Hospitalar no dia 20/08/2019 às 20h: 17min. Paciente vítima de queda de motocicleta após bater em cachorro. Queixando-se de dores no ombro esquerdo.

Exame Físico: Encontra-se corado, eupnéico, abdome indolor à palpação, otorragia a esquerda, deformidade da região clavicular esquerda.

Hipótese diagnóstica: TCE e fratura de clavícula.

Conduta: CT de crânio sem contraste e RX do tórax e clavícula esquerda. Avaliação do Neurocirurgião: TCE, alerta, sem queixas neurológicas. CT de crânio: Pequena contusão hemorrágica, frontal direita. CD: Observar. Reavaliar amanhã pela manhã. Avaliação do Ortopedista: Paciente refere trauma em ombro esquerdo hoje. Refere déficits, diminuição de amplitude de movimento. Exame Físico: BEG, consciente, limitação da amplitude de movimento total ativa e passiva, deformidade em clavícula, boa perfusão periférica, sem déficits, sem sinais de lesão tendínea ao EF. Radiografia do seguimento acometido: Fratura de clavícula esquerda sem encurtamento significativo passível de tratamento conservador. CD: imobilização, alta com orientações gerais e sinais de alerta, retorno se presentes analgesia, tipóia Velpeau, retorno ambulatorial para seguimento em 15 dias. Ficou em Observação sendo medicado. Foi liberado no dia 21/08/2019 às 08h01min.

Maceió, 09 de Setembro de 2019.

Dr. Sebastião Mota



Médico Cooperado
CRM - AL - 2823

Pela Equipe Multidisciplinar.

Dr. Sebastião Mota

CRM AL - 2823

DADOS DO PACIENTE:



Cód. Usuário :01990351000485004

Nome Social:

Nome Usuário : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 23/09/1977 - 41 anos

Sexo: Masculino

Senha: 0000000048055047

Classificação de Risco em: -

CPF: 026.718.734-33

Registro: 970555

Endereço: alto da boa vista laudara cavalc de barro

CEP: 57000-000

Bairro: Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF: AL

Telephone: 82993430422

Plano: UNIMED ARAPIRACA/AL

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA

III: 1

Assinatura do Usuário/Responsável:

Xenobius Emmanuel B. de Silva

CONTROLE DE EXAMES:

PREENCHIMENTO DA ANAMNESE DO (A) PACIENTE DEVERÁ SER REGISTRADA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical crease down the center, suggesting it's a folded piece of paper. The paper appears slightly aged or off-white.

Unimed Maceió
Solicitação de Exames

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Mãe : MARIA DE FATIMA

Telefone : (829) 934-3042

Data Nasc: 23/09/77 41 anos

Endereço : alto da boa vista laura cavalc de barro

CPF : 026.718.734-33

Convênio: UNIMED ARAPIRACA/AL

Matrícula : 01990351000485004

Unidade : PRONTO SOCORRO

Registro: 970555

Prontuário: 19447

Sexo: Masculino

Data Exame: 20/08/19 às 20:34

OS: 119.594948

Médico Solic.: Drº. UBIRAJARA ALVES DANTAS

CRM: 2636

Indicação Clínica:

OTORRAGIA A ESQUERDA APÓS TRAUMA

Exames Solicitados:

41001010 - TC - Crânio ou sela túrcica ou órbitas

Dr. Ubirajara Alves Dantas
Cirurgia Geral
Video Laparoscopia
CRM AL 2636

2636 - Drº. UBIRAJARA ALVES DANTAS

SOLICITAÇÃO DE KIT ORTOPÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Eduardo de Arocha Nesci

REGISTRO:

DATA: *20.08.2019*

CONVÊNIO()

INTERCÂMBIO()

PARTICULAR()

Material	QUANTIDADE SOLICITADA
ATADURA DE ALGODÃO ORT. 12 CM	
ÁCIDO GRAXOS-ESSENCIAIS	<i>01</i>
AGULHA 40X12	
ATADURA DE ALGODÃO ORT. 10 CM	
ATADURA DE CREPOM 10 CM	
ATADURA DE CREPOM 12 CM	<i>01</i>
ATADURA GESSADA 10 CM	
ATADURA GESSADA 12 CM	
COLAR CERVICAL	
COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL PCTS.	<i>05</i>
ESPARADRAPO COMUM	
LÂMINA DE BISTURI Nº 11	
LUVA ESTÉRIL Nº 7	
LUVA ESTÉRIL Nº 8	
MALHA TUBULAR 10 CM	
MALHA TUBULAR 8 CM	
MICROPORE	
SERINGA DE 20 ML	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	
TALA FIX	
TIPOIA	<i>02</i>
TRANSOFIX	
OUTROS:	

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE:

Sormane Nazareno Avelino
Téc. em Imobilizações
ASSPROTIO REG. 23

PRONTO ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

Pág. 01 de

Data/Hora : 20/08/2019 20:17 Prontuário : 19447 Registro: 970555
Cód. Usuário : 01990351000485004 Plano : UNIMED ARAPIRACA/AL 970555
Nome Usuário : **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**
CR. : **Avaliação em 20/08/2019 - AMARELO** Senha: 0048055047 0048055047
Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 23/09/1977 - 41 ano(s) 10 mes(es) 22 dia(s)
Endereço : alto da boa vista lauara cavalc de barro 57000000 UNIAO DOS PALMARES AL
Telefone : 82993430422 R.G.: 1543994 CPF: 02671873433
Nome da Mãe : MARIA DE FATIMA CID:

Assinatura do Usuário ou Responsável: _____

Hora do Atendimento Médico: 20/08/2019 20:17

Acidente de Trabalho? Não

Reação(ões) Alérgica(s):

NEGA

Queixa Principal + História de Doença Atual:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA APÓS BATER EM CACHORRO. QUEIXANDO-SE DE DORES N OMBRO ESQUERDO.

Exame Médico:

ENCONTRA-SE CORADO, EUPNÉICO. ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO. OTORRAGIA A ESQUERDA. DEFORMIDADE DE REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA

Antecedente(s) Pessoal(is)/Patológico(s):

Asma : Não	Coronariopatia : Não	Diabetes : Não	Distúrbio Psiquiátrico : Não
Etilismo : Não	Hipertensão : Não	Tabagismo : Não	Tireopatia : Não
Transusão : Não	Outros:		

Hipótese(s) Diagnóstica(s):

TCE E FRATURA DE CLAVÍCULA

Dr. Ubirajara Alves Dantas
Cirurgião Geral
Video-Laparoscopia
PROVAL 2012

Dr.(a): 2636 - Dr. UBIRAJARA ALVES DANTAS
Assinatura e Carimbo



Paciente: **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**
Convênio: **UNIMED ARAPIRACA/AL** Reg.: 970555
Unidade:
Leito:
Admissão:
Diag.:

Idade: 41 anos
Prontuário: 19447

Profissional: Dr(a):

Inscrição: CRM:

2169

20/08/2019 22:52

SVD

medic
82

2x4
gira

2x6
Rosiary

2x6
Rosiary

medic
82

2x4
gira

SOS

1) DIETA LIVRE

2) TRAMADOL, CLOR 50MG, CAPS
Uso: 1 CÁPSULA, ORAL, 6 EM 6 HORAS.
O MEDICAMENTO DEVE SER INGERIDO COM UM COPO DE
ÁGUA.. ADMINISTRAR COM OU SEM A PRESENÇA DE
ALIMENTOS.
MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA

3) OMEPRAZOL 40MG, CAPS
Uso: 1 CÁPSULA, ORAL, NO MOMENTO.
ADMINISTRAR EM JEJUM, DE 30 A 60 MINUTOS ANTES DO
CAFÊ DA MANHÃ. OS COMPRIMIDOS E CÁPSULAS DEVEM SER
ADMINISTRADOS INTEIROS; OS COMPRIMIDOS PODER-SE
DISPERSAR DISPERSAR EM MEIO COPO DE ÁGUA. AS
CÁPSULAS PODER SER ABERTAS. NÃO ESMAGAR OU TRITURAR
OS GRÃ

4) DÍPIRONA SODICA 500MG, COMP
Uso: 1 COMPRIMIDO, ORAL, SE NECESSÁRIO.
ADMINISTRAR COM OU SEM ALIMENTOS.

5) TENOXICAM 20MG, COMP
Uso: 1 COMPRIMIDO, ORAL, 12 EM 12 HORAS.
ADMINISTRAR COM OU SEM A PRESENÇA DE ALIMENTOS

Dr(a): **ELIANE MOREIRA MEDEIROS**

CRM: 2169

Dra. Eliane M. Medeiros
Neurologista
CRM/AL 2169

2169

EVOLUÇÃO (15/08/2019 00:00 a 20/08/2019 23:59)



Paciente: **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**
Convênio: **UNIMED ARAPIRACA/AL**
Unidade:
Leito:
Admissão:
Diag.:

Idade: 41 anos
Prontuário: 19447
Reg.: 970555

Inscrição: CRM: - -

Profissional: Dr(a).:

2169

-> 20/08/2019 22:51 - Dr^a. ELIANE MOREIRA MEDEI (CRM 2169)
DATA: 20/08/2019 22:51 Dr^a. ELIANE MOREIRA MEDEIROS (CRM: 2169)

EVOLUÇÃO MÉDICA
neurologia

TCE
ALERTA
SEM QUEIXAS NEUROLÓGICAS
CT DE CRÂNIO--PEQUENA CONTUSÃO HEMORRÁGICA
FRONTAL DIREITA

CD
OBSERVAR
REAVALIAR AMANHÃ PELA MANHÃ

Dr(a).: **ELIANE MOREIRA MEDEIROS**
CRM: **2169**

Dra. Eliane Moreira Medeiros
Neurologista
CRM: 2169

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data Nasc. : 23/09/77 - 41 anos
Peso : / Altura: 0,0

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

DATA: 20/08/2019 22:12

Dr. FLAVIO ACIOLI TENORIO (CRM: 5832)

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO HJ. REFERE DEFICITS, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

EF: BEG, CONSCIENTE, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO TOTAL ATIVA E PASSIVA, DEFORMIDADE CLAVICULA, BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM DÉFICITS, SEM SINAIS DE INSTABILIDADE, PULSOS PRESENTES SIMÉTRICOS
SEM LESÃO TENDINEA AO EF

RADIOGRAFIA DO SEGUIMENTO ACOMETIDO: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA SEM ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO PASSIVEL DE TRATAMENTO CONSERVADOR.

CONDUTA:

1- IMOBILIZAÇÃO

2- ALTA COM ORIENTAÇÕES GERAIS E SINAIS DE ALERTA, RETONO SE PRESENTES.

ANALGESIA

3- TIPOIA VELPEAU

4- RETRJO NO AMBULATORIAL P/ SEGUIMENTO EM 15 DIAS



22201 2

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Unimed Maceió

Paciente: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data de Nascimento: 23/09/77 - 41 anos
Sexo: / Altura: 0,0
Data: 20/08/2019 23:50

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

TÉC. GINA KARLA MARTINS COREN: 649270

REGISTRO DE ENFERMAGEM

3:30H CLIENTE ADMITIDO NA UDC
NEGA DM, HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA

AVALIADO PELO NEUROLOGISTA.

4:00H ADMINISTRADO:
1 CP TRAMAL 50 MG VO
1 CP DE TILATIL 20 MG VO

SEGUE EM OBSERVAÇÃO.

Gina Karla
Téc. Enfermagem
CC:REN-AL 649 270

Impresso em: 20/08/2019 às 23:52

UNIMED MACEIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

Av.D.Antonio Brandão, 395 - Farol - Maceió/AL - Telefone (82) 2122.3000 - Fax (82) 3326-1050

Site: www.hospitalunimed-maceio.com.br E-mail: hunimac@unimedmaceio.com.br

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data Nasc. : 23/09/77 - 41 anos
Peso : , / Altura: 0,0

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

Data: 21/08/2019 08:01 Téc. MICHELLE TEREZA DE SANTANA SANTOS COREN: 343503

REGISTRO DE ENFERMAGEM

08:00 ADMINISTRADA MEDICACAO EM SEGUIDA LIBERADO .

Michelle
Téc Enf 343503

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data Nasc. : 23/09/77 - 41 anos
Peso : / Altura: 0,0

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

DATA: 21/08/2019 07:37

Drº. JOAO MEDEIROS LIMA (CRM: 2048)

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIRURGIA

PACIENTE NO MOMENTO COM DOR NA REGIÃO OPERADA

ORIENTO ACOMPANHAMENTO PELA ORTOPEDIA

ALTA COM ORIENTAÇÃO

Dr. João Medeiros Lima
CRM: 2048 - Maceió/AL
21/08/2019

CLÍNICA INTEGRADA PALMARINA

#LAUDO MÉDICO#

PACIENTE, **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**, VEM REQUERER INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE PARA FINS DE PERÍCIA MÉDICA

SEGUINDO A RESOLUÇÃO DO CFM 1.851/2008, NO MOMENTO ENCONTRAMOS O PACIENTE COM O DIAGNÓSTICO DE **FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURA ARCO COSTA ESQUERDO ; CID(S42.0; S22.3).**

TEM EM SEU HISTÓRICO EXAMES CLÍNICOS E EXAMES COMPLEMENTARES QUE DEMONSTRAM AS SEGUINTE ALTERAÇÕES : **PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ARCO COSTAL ESQUERDO HÁ APROXIMADAMENTE 4 MESES. TERMINOU PROCESSO DE REABILITAÇÃO APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA. PACIENTE COM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL DEVIDO AS FRATURAS DE 25 POR CENTO, DEVENDO EVITAR ATIVIDADES DE IMPACTO EM OMBRO ESQUERDO.**

ESSA DOENÇA PODE ACARRETER: **LIMITAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DIÁRIAS, RESTRIÇÃO AO REALIZAR SERVIÇOS QUE EXIJAM ESFORÇO FÍSICO E MOVIMENTAÇÃO DAS ARTICULAÇÕES.**

APRESENTA LESÃO DEFINITIVA? SIM (X); NÃO ()

NECESSITA DE UM TEMPO **ESTIMADO** DE TRATAMENTO PARA SUA RECUPERAÇÃO?

PACIENTE COM NECESSIDADE DE MANTER REABILITAÇÃO.

RETORNO AS ATIVIDADES DE FORMA GRADATIVA

OBSERVAÇÃO: ESSE DOCUMENTO TEM FUNÇÃO ORIENTAÇÃO ACERCA DA DOENÇA DO PACIENTE. CABE, PORTANTO, AO MÉDICO PERITO (RESPONSÁVEL LEGAL) DECIDIR ACERCA DE BENEFÍCIOS AO PACIENTE, TAIS COMO: APOSENTADORIA, INVALIDEZ DEFINITIVA, READAPTAÇÃO, ENTRE OUTROS.

UNIÃO DOS PALMARES/AL , 17 de dezembro de 2019

Fábio Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM/AL - 6759
TEOT 15778 / RQE 3611



MÉDICO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

DECLARO POR MEIO DESTES DOCUMENTO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS AO MÉDICO FORAM PRESTADAS DE FORMA ESPONTÂNEA, E EM NENHUM MOMENTO FALTEI COM A VERDADE ACERCA DO MINHA HISTÓRIA E DO MEU EXAME FÍSICO. DECLARO TAMBÉM QUE AUTORIZO AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS ACERCA DA MINHA DOENÇA TAIS COMO DIAGNÓSTICO E SUA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL.

ASSINATURA:

CLÍNICA INTEGRADA PALMARINÁ

AV MONSENHOR CLOVES DUARTE DE BARROS, N 506- CENTRO – UNIÃO DOS PALMARES-AL

CEP: 57.800-000

3281-2066

DECLARAÇÃO DE URGÊNCIA

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente
EdUARDO DE GIMARÃES NASCIMENTO, deu entrada na
unidade hospitalar no dia 20 / 08 / 19 no período
18 : 17 às 19 : 15 conforme ficha Nº 491746
Tendo como acompanhante


Elizângela F. Correia da Silva
Coordenadora da Recepção
Recepção

União dos Palmares, 26 / Agosto 2019

143	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Data: 20/08/2019
		Hora: 18:17
	Periodo: 20/08/2019 a 20/08/2019	Pagina: 01

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. J12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Nome: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Cd.Pac: 261051

Mae: MARIA DE FATIMA DE ANDRADE NASC

M/A 20/_ ATEND:491796 URG 386865

Idade: 41 ano(s)

Escolar

Nasc.: 23/09/1977

Anexar Resultados dos exames

RG:

Complementares

SUS:

Celular

Data: 20/08/2019 18:17:15

Fone:

Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF:AL

End.: , n.º ,

Bairro: ALTO DA BOA VISTA CEP:578000

DIAGNOSTICO CID:

QUEIXAS

doente de mão, unhas +
deformação embaixo (E) + atropia leve
(E) + dor leve

EXAME FISICO

PA = 130 x 90
FC = 87

PROCEDIMENTO

- Tensão 100 ml - 100% - EV (leve)

CONDUTA () OBSERVACAO () INTERNACAO

Receber, BAS-DM

NATUREZA DO ATENDIMENTO

- (x) 1- Clinica Medica () 6-Acidente de trabalho () 6-1 trabalhador formal
() 2- Pediatria () 3-Obstetricia. () 6-2 trabalhador Informa
() 4- Clinica cirurgica () 5-Acidente de transito () 6-3 Acid. de trajeto

TIPO DO ATENDIMENTO

- () 1- Hospitalar () 2- Atencao Basica - PSF
() 3- Outros:

Exame Solicitado:

Laudo:

Assinatura do Paciente ou responsavel

Assinatura ou carimbo do Medico

Assinatura do Diretor Responsavel

Outros:

	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Data: 20/08/2019
		Hora: 18:17
	Periodo: 20/08/2019 a 20/08/2019	Pagina: 02

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. J12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Nome: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Cd.Pac: 261051

Mae: MARIA DE FATIMA DE ANDRADE NASC

M/A 20/_ ATEND:491796 URG 386865

Idade: 41 ano(s)

Escolar

Anexar Resultados dos exames



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO MATERNIDADE SANTA CATARINA

Av. Harmonia Verde
889 - Centro
União dos Palmares - Al.
CEP: 57.000-000
Fones: (021) 3222.3336
www.hospitalssvp.org.br

FORMULÁRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

NOME:

EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

END:

RUA LAURA CAVALCANTE DE BARROS

CIDADE:

UNIAO DOS PALMARIS

DN:

23.07.1977

IDADE:

41 anos

CARTEIRA ASSINADA: ☒ SIM () NÃO

EMPRESA:

ASA BRANCA

OCUPAÇÃO:

VENDEDOR

ACIDENTE: ☒ TRAJETO () TÍPICO

CAUSA:

BATEU EM UM CACHORRO NA BR 104

REGIÃO ATINGIDA:

DATA DO ANTEDIMENTO: 20/08/19

ASSINATURA DO PACIENTE:

Eduardo de A. Nascimento

Secretaria Municipal de Saúde		FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE		N.º DE INSCRIÇÃO																																																					
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:		H.S.U.P.		DATA DA CONSULTA:																																																					
DESTINO:		H.G.E.		HORA DA CONSULTA:																																																					
NOME DO USUÁRIO:		Eduardo Andrade do Nascimento		BLOCO:	SALA:																																																				
ENDEREÇO:																																																									
NOME DO PROFISSIONAL:																																																									
ESPECIALIDADE:		Neurologia																																																							
MOTIVO:		Paciente que apresenta após acidente de trânsito TC cefaloparietal, depressão e um ombro C fratura de clavícula? Dist. anclada e conduta																																																							
ÚLTIMO TRATAMENTO:		Traumad 100g - 100ml SF.																																																							
USO EXCLUSIVO DO DENTISTA:																																																									
		DENTES OU ROSTO:																																																							
<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td></tr> <tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td></tr> </table>		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																										
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																										
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V																																																
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V																																																
DATA: 20/10/2019		ASSINATURA: <i>[Assinatura]</i>																																																							

OBS.: Em caso de encaminhamento médico ou odontológico usar a verso

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO** 41 anos, foi atendido nesta Unidade Hospitalar no dia 30/08/2019 às 14h: 56min. Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando trauma em ombro esquerdo.

Exame Físico: Dor a palpação, região clavicular e articulação esternocostal.

Hipótese diagnóstica: Fratura de clavícula + Luxação esterno costal.

Conduta: Foi realizado RX da clavícula + CT do tórax. Foi solicitado avaliação do cirurgião de tórax. Alta da Ortopedia com acompanhamento ambulatorial. RX: fratura com bom alinhamento e bom contato - seguimento laboratorial. CT: luxação clavículo esternal? Avaliação do Cirurgião de Tórax: CT do tórax com múltiplas fraturas costais, sem hemo/pneumo tórax. CD: oriento retorno ambulatorial, converso e explico sobre evolução da fratura e tratamento conservador no momento. Alta da Cirurgia Torácica. Foi imobilizado e liberado.

Maceió, 09 de Setembro de 2019.


Dr. Sebastião Mota
 Médico Cooperado
CRM - AL - 2823

Pela Equipe Multidisciplinar.

Dr. Sebastião Mota

CRM AL - 2823

PRONTO ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

DADOS DO PACIENTE:



Cód. Usuário :01990351000485004

Nome Social:

Nome Usuário : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 23/09/1977 - 41 anos

Sexo: Masculino

Senha: 0000000048168391

Classificação de Risco em: 20/08/2019 - AMARELO

CPF: 026.718.734-33 Registro: 970555

CEP: 57000-000

Endereço: RUA LAURA CAVALCANTE DE BARROS

Bairro: Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF: AL

Telephone: 82993430422

Plano: UNIMED ARAPIRACA/AL

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA

IH: 3

Assinatura do Usuário/Responsável:

CONTROLE DE EXAMES:

PREENCHIMENTO DA ANAMNESE DO (A) PACIENTE DEVERÁ SER REGISTRADA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

PRONTO ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

Pág. 01 de 02

Data/Hora : 30/08/2019 14:55 Prontuário : 19447 Registro: 970555
Cód. Usuário : 01990351000485004 Plano : UNIMED ARAPIRACA/AL
Nome Usuário : **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**
CR. : **Avaliação em 20/08/2019 - AMARELO** Senha: 0048168391 0048168391
Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 23/09/1977 - 41 ano(s) 11 mes(es) 23 dia(s)
Endereço : RUA LAURA CAVALCANTE DE BARROS 57000000 UNIAO DOS PALMARES AL
Telefone : 82993430422 R.G.: 1543994 CPF: 02671873433
Nome da Mãe : MARIA DE FATIMA CID:

Assinatura do Usuário ou Responsável: _____

Hora do Atendimento Médico: 30/08/2019 14:56

Acidente de Trabalho? Não

Reação(ões) Alérgica(s):

NEGA

Queixa Principal + História de Doença Atual:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO APRESENTANDO TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Exame Médico:

DOR A PALPÇÃO REGIÃO CLAVICULAR E ARTICULAÇÃO ESTENOCOSTAL

Antecedente(s) Pessoal(is)/Patológico(s):

Asma : Não	Coronariopatia : Não	Diabetes : Não	Distúrbio Psiquiátrico : Não
Etilismo : Não	Hipertensão : Não	Tabagismo : Não	Tireopatia : Não
Transusão: Não	Outros:		

Hipótese(s) Diagnóstica(s):FRATURA DE CLAVICULA
LUXAÇÃO ESTERNO COSTALDr.(ª): 6759 - Dr. FABIO DE CARVALHO BARROS
Assinatura e Carimbo

Fábio Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM 6759
TEOT 15765 / RQE 3611

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Convênio: UNIMED ARAPIRACA/AL Reg.: 970555
Unidade: PRONTO SOCORRO
Leito: -
Admissão: 30/08/19 14:55
Diag.:

Idade: 41 anos
Prontuário: 19447

Inscrição: CRM: - -

Profissional: Dr(a):

6759

30/08/2019 16:04

1) IMOBILIZAÇÃO TIPO 8

Dr(a): FABIO DE CARVALHO BARROS
CRM: 6759

Fabio Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM/AL - 6759
TEOT 15706 / ROE 3611

Realizados ± mobilizações em oito
para fratura de Clavícula Esquerda

Jose Carlos da Silva
Téc. em Imobilização
Ortopedia

SOLICITAÇÃO DE MATERIAL ORTODONTIA

NOME DO PACIENTE: Edvardo de Andrade Nascimento

REGISTRO: _____

DATA: 30.08.19

CONVÊNIO(1)

INTERCÂMBIO()

PARTICULAR()

Material

QUANTIDADE SOLICITADA

ATADURA DE ALGODÃO ORT. 12 CM

ÁCIDO GRAXOS ESSENCIAIS

AGULHA 40X12

ATADURA DE ALGODÃO ORT. 10 CM

ATADURA DE CREPOM 10 CM

ATADURA DE CREPOM 12 CM

ATADURA GESSADA 10 CM

ATADURA GESSADA 12 CM

COLAR CERVICAL

COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL PCTS.

ESPARADRAPO COMUM

LÂMINA DE BISTURI Nº 11

LUVA ESTÉRIL Nº 7

LUVA ESTÉRIL Nº 8

MALHA TUBULAR 10 CM

MALHA TUBULAR 8 CM

MICROPORE

SERINGA DE 20 ML

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML

TALA FIX

TIPÓIA

TRANSOFIX

OUTROS:

08

02

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

Jose Carlos da Silva
Assinatura e Carimbo do Solicitante

Heitor Viana
Nº 2725

DISPENSA DO CHECK-UP
CHECK-UP ENFERMEIRO

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO** 41 anos, foi atendido nesta Unidade Hospitalar no dia 20/08/2019 às 20h: 17min. Paciente vítima de queda de motocicleta após bater em cachorro. Queixando-se de dores no ombro esquerdo.

Exame Físico: Encontra-se corado, eupnéico, abdome indolor à palpação, otorragia a esquerda, deformidade da região clavicular esquerda.

Hipótese diagnóstica: TCE e fratura de clavícula.

Conduta: CT de crânio sem contraste e RX do tórax e clavícula esquerda. Avaliação do Neurocirurgião: TCE, alerta, sem queixas neurológicas. CT de crânio: Pequena contusão hemorrágica, frontal direita. CD: Observar. Reavaliar amanhã pela manhã. Avaliação do Ortopedista: Paciente refere trauma em ombro esquerdo hoje. Refere déficits, diminuição de amplitude de movimento. Exame Físico: BEG, consciente, limitação da amplitude de movimento total ativa e passiva, deformidade em clavícula, boa perfusão periférica, sem déficits, sem sinais de lesão tendínea ao EF. Radiografia do seguimento acometido: Fratura de clavícula esquerda sem encurtamento significativo passível de tratamento conservador. CD: imobilização, alta com orientações gerais e sinais de alerta, retorno se presentes analgesia, tipóia Velpeau, retorno ambulatorial para seguimento em 15 dias. Ficou em Observação sendo medicado. Foi liberado no dia 21/08/2019 às 08h01min.

Maceió, 09 de Setembro de 2019.

Dr. Sebastião Mota



Médico Cooperado
CRM - AL - 2823

Pela Equipe Multidisciplinar.

Dr. Sebastião Mota

CRM AL - 2823

PRONTO ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

DADOS DO PACIENTE:



Cód. Usuário : 01990351000485004

Nome Social:

Nome Usuário : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 23/09/1977 - 41 anos

Sexo: Masculino

Senha: 0000000048055047

Classificação de Risco em: -

CPF: 026.718.734-33

Registro: 970555

Endereço: alto da boa vista lauara cavalc de barro

CEP: 57000-000

Bairro: Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF: AL

Telefone: 82993430422

Plano: UNIMED ARAPIRACA/AL

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA

IH: 1

Assinatura do Usuário/Responsável:

Xenobene Emannelly B. de Silva

CONTROLE DE EXAMES:

PREENCHIMENTO DA ANAMNESE DO (A) PACIENTE DEVERÁ SER REGISTRADA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Area for electronic registration of the patient's anamnesis, consisting of multiple horizontal lines for text entry.

Unimed Maceió
Solicitação de Exames

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

Mãe : MARIA DE FATIMA

Telefone : (829) 934-3042

Data Nasc: 23/09/77 41 anos

Endereço : alto da boa vista laura cavalc de barro

CPF : 026.718.734-33

Convênio: UNIMED ARAPIRACA/AL

Matrícula : 01990351000485004

Unidade : PRONTO SOCORRO

Registro: 970555

Prontuário: 19447

Sexo: Masculino

Data Exame: 20/08/19 às 20:34

OS: 119.594948

Médico Solic.: Drº. UBIRAJARA ALVES DANTAS

CRM: 2636

Indicação Clínica:

OTORRAGIA A ESQUERDA APÓS TRAUMA

Exames Solicitados:

41001010 - TC - Crânio ou sela túrcica ou órbitas

Dr. Ubirajara Alves Dantas
Cirurgia Geral
Video Laparoscopia
CRM AL 2636

2636 - Drº. UBIRAJARA ALVES DANTAS

SOLICITAÇÃO DE KIT ORTOPÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Eduardo de Arocha Nesci

REGISTRO:

DATA: *20.08.2019*

CONVÊNIO()

INTERCÂMBIO()

PARTICULAR()

Material	QUANTIDADE SOLICITADA
ATADURA DE ALGODÃO ORT. 12 CM	
ÁCIDO GRAXOS-ESSENCIAIS	<i>01</i>
AGULHA 40X12	
ATADURA DE ALGODÃO ORT. 10 CM	
ATADURA DE CREPOM 10 CM	
ATADURA DE CREPOM 12 CM	<i>01</i>
ATADURA GESSADA 10 CM	
ATADURA GESSADA 12 CM	
COLAR CERVICAL	
COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL PCTS.	<i>05</i>
ESPARADRAPO COMUM	
LÂMINA DE BISTURI Nº 11	
LUVA ESTÉRIL Nº 7	
LUVA ESTÉRIL Nº 8	
MALHA TUBULAR 10 CM	
MALHA TUBULAR 8 CM	
MICROPORE	
SERINGA DE 20 ML	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	
TALA FIX	
TIPOIA	<i>02</i>
TRANSOFIX	
OUTROS:	

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE:

Sormane Nazareno Avelino
Téc. em Imobilizações
ASSPROTIO REG. 23

PRONTO ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

Pág. 01 de

Data/Hora : 20/08/2019 20:17 Prontuário : 19447 Registro: 970555
 Cód. Usuário : 01990351000485004 Plano : UNIMED ARAPIRACA/AL 970555
 Nome Usuário : **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**
 CR. : Avaliação em 20/08/2019 - AMARELO Senha: 0048055047 0048055047
 Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 23/09/1977 - 41 ano(s) 10 mes(es) 22 dia(s)
 Endereço : alto da boa vista lauara cavalc de barro 57000000 UNIAO DOS PALMARES AL
 Telefone : 82993430422 R.G.: 1543994 CPF: 02671873433
 Nome da Mãe : MARIA DE FATIMA CID:

Assinatura do Usuário ou Responsável: _____

Hora do Atendimento Médico: 20/08/2019 20:17

Acidente de Trabalho? Não

Reação(ões) Alérgica(s):

NEGA

Queixa Principal + História de Doença Atual:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA APÓS BATER EM CACHORRO. QUEIXANDO-SE DE DORES N OMBRO ESQUERDO.

Exame Médico:

ENCONTRA-SE CORADO, EUPNÉICO. ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO. OTORRAGIA A ESQUERDA. DEFORMIDADE DE REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA

Antecedente(s) Pessoal(is)/Patológico(s):

Asma : Não	Coronariopatia : Não	Diabetes : Não	Distúrbio Psiquiátrico : Não
Etilismo : Não	Hipertensão : Não	Tabagismo : Não	Tireopatia : Não
Transusão : Não	Outros:		

Hipótese(s) Diagnóstica(s):

TCE E FRATURA DE CLAVÍCULA

Dr. Ubirajara Alves Dantas
 Cirurgião Geral
 Video-Laparoscopia
 Geral

Dr.(a): 2636 - Dr. UBIRAJARA ALVES DANTAS
 Assinatura e Carimbo



Paciente: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Convênio: UNIMED ARAPIRACA/AL Reg.: 970555
Unidade:
Leito:
Admissão:
Diag.:

Idade: 41 anos
Prontuário: 19447

Profissional: Dr(a):

Inscrição: CRM:

2169

20/08/2019 22:52

SVD

1) DIETA LIVRE

2) TRAMADOL, CLOR 50MG, CAPS
Uso: 1 CÁPSULA, ORAL, 6 EM 6 HORAS.
O MEDICAMENTO DEVE SER INGERIDO COM UM COPO DE
ÁGUA.. ADMINISTRAR COM OU SEM A PRESENÇA DE
ALIMENTOS.
MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA

2x4
qir

2x6
Rosiary

medic
82

3) OMEPRAZOL 40MG, CAPS
Uso: 1 CÁPSULA, ORAL, NO MOMENTO.
ADMINISTRAR EM JEJUM, DE 30 A 60 MINUTOS ANTES DO
CAFÊ DA MANHÃ. OS COMPRIMIDOS E CÁPSULAS DEVEM SER
ADMINISTRADOS INTEIROS; OS COMPRIMIDOS PODER-SE
DISPERSAR DISPERSAR EM MEIO COPO DE ÁGUA. AS
CÁPSULAS PODER SER ABERTAS. NÃO ESMAGAR OU TRITURAR
OS GRÃ

2x6
Rosiary

4) DÍPIRONA SODICA 500MG, COMP
Uso: 1 COMPRIMIDO, ORAL, SE NECESSÁRIO.
ADMINISTRAR COM OU SEM ALIMENTOS.

SOS

5) TENOXICAM 20MG, COMP
Uso: 1 COMPRIMIDO, ORAL, 12 EM 12 HORAS.
ADMINISTRAR COM OU SEM A PRESENÇA DE ALIMENTOS

2x4
qir

medic
82

Dr(a): ELIANE MOREIRA MEDEIROS

CRM: 2169

Dra. Eliane M. Medeiros
Neurologista
CRM/AL 2169

2169

EVOLUÇÃO (15/08/2019 00:00 a 20/08/2019 23:59)



Paciente: **EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO**
Convênio: **UNIMED ARAPIRACA/AL**
Unidade:
Leito:
Admissão:
Diag.:

Idade: 41 anos
Prontuário: 19447
Reg.: 970555

Inscrição: CRM: - -

Profissional: Dr(a).:

2169

-> 20/08/2019 22:51 - Dr^a. ELIANE MOREIRA MEDEI (CRM 2169)
DATA: 20/08/2019 22:51 Dr^a. ELIANE MOREIRA MEDEIROS (CRM: 2169)

EVOLUÇÃO MÉDICA
neurologia

TCE
ALERTA
SEM QUEIXAS NEUROLÓGICAS
CT DE CRÂNIO--PEQUENA CONTUSÃO HEMORRÁGICA
FRONTAL DIREITA

CD
OBSERVAR
REAVALIAR AMANHÃ PELA MANHÃ

Dr(a).: **ELIANE MOREIRA MEDEIROS**
CRM: **2169**

Dra. Eliane Moreira Medeiros
Neurologista
CRM: 2169

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data Nasc. : 23/09/77 - 41 anos
Peso : / Altura: 0,0

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

DATA: 20/08/2019 22:12

Dr. FLAVIO ACIOLI TENORIO (CRM: 5832)

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO HJ. REFERE DEFICITS, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

EF: BEG, CONSCIENTE, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO TOTAL ATIVA E PASSIVA, DEFORMIDADE CLAVICULA, BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM DÉFICITS, SEM SINAIS DE INSTABILIDADE, PULSOS PRESENTES SIMÉTRICOS
SEM LESÃO TENDINEA AO EF

RADIOGRAFIA DO SEGUIMENTO ACOMETIDO: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA SEM ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO PASSIVEL DE TRATAMENTO CONSERVADOR.

CONDUTA:

1- IMOBILIZAÇÃO

2- ALTA COM ORIENTAÇÕES GERAIS E SINAIS DE ALERTA, RETONO SE PRESENTES.

ANALGESIA

3- TIPOIA VELPEAU

4- RETRJO NO AMBULATORIAL P/ SEGUIMENTO EM 15 DIAS



22201 2

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Unimed Maceió

Paciente: EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data de Nascimento: 23/09/77 - 41 anos
Sexo: / Altura: 0,0
Data: 20/08/2019 23:50

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

TÉC. GINA KARLA MARTINS COREN: 649270

REGISTRO DE ENFERMAGEM

3:30H CLIENTE ADMITIDO NA UDC
NEGA DM, HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA

AVALIADO PELO NEUROLOGISTA.

4:00H ADMINISTRADO:
1 CP TRAMAL 50 MG VO
1 CP DE TILATIL 20 MG VO

SEGUE EM OBSERVAÇÃO.

Gina Karla
Téc. Enfermagem
CC:REN-AL 649 270

Impresso em: 20/08/2019 às 23:52

UNIMED MACEIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - HOSPITAL UNIMED MACEIÓ

Av.D.Antonio Brandão, 395 - Farol - Maceió/AL - Telefone (82) 2122.3000 - Fax (82) 3326-1050

Site: www.hospitalunimed-maceio.com.br E-mail: hunimac@unimedmaceio.com.br

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data Nasc. : 23/09/77 - 41 anos
Peso : , / Altura: 0,0

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

Data: 21/08/2019 08:01

Téc. MICHELLE TEREZA DE SANTANA SANTOS

COREN: 343503

REGISTRO DE ENFERMAGEM

08:00 ADMINISTRADA MEDICACAO EM SEGUIDA LIBERADO .

Michelle
Téc Enf 343503

Paciente : EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO
Data Nasc. : 23/09/77 - 41 anos
Peso : / Altura: 0,0

Same (Num.Registro): 19447
Local: -

DATA: 21/08/2019 07:37

Drº. JOAO MEDEIROS LIMA (CRM: 2048)

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIRURGIA

PACIENTE NO MOMENTO COM DOR NA REGIÃO OPERADA

ORIENTO ACOMPANHAMENTO PELA ORTOPEDIA

ALTA COM ORIENTAÇÃO

Dr. João Medeiros Lima
CRM: 2048 - Maceió/AL
21/08/2019



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1485541943



EDUARDO DE ANDRADE NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1543994 SSP SP

CPF
026.718.734-33

DATA NASCIMENTO
23/09/1977

FILIAÇÃO
**JOSE RAMOS DO NASCIME
TO
MARIA DE FATIMA DE AND
RADE NASCIMENTO**

PERMISSÃO
0000000000

ACC
000000

CAT. HAB.
00

Nº REGISTRO
02/09/2005

VALIDADE
02/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
02/09/2005

OBSERVAÇÕES

PERMIDO PLASTIFICAR

1485541943

Eduardo de Andrade Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SELO JARDIM, PE

DATA EMISSÃO
02/10/2017

Cláudio Antônio Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

76007648384
PRO00358713

PERNAMBUCO

