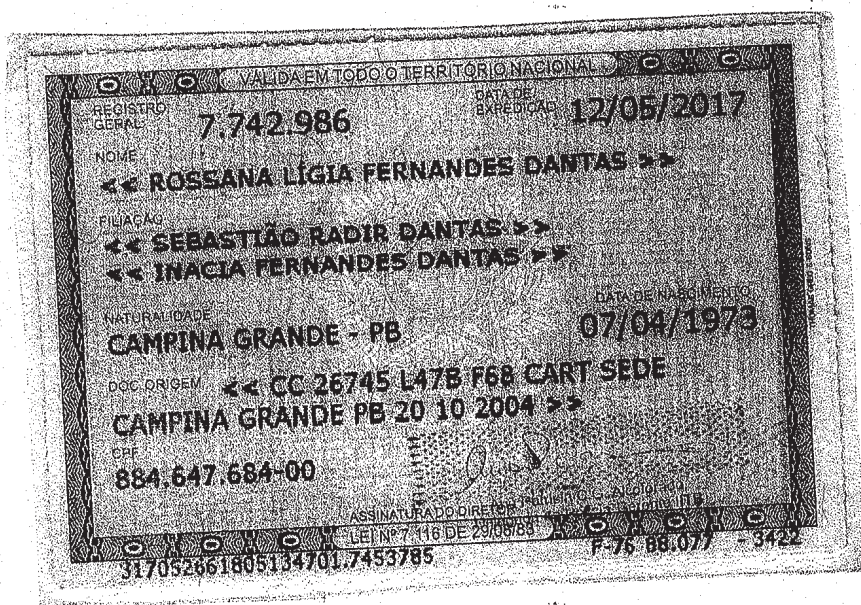






Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **095.290.724-06**

Nome: **ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **20/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/05/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:18:41** do dia **13/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B3C7.186D.A408.1719**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

7661222 BDE DE

CPF

095.290.724-06

DATA NASCIMENTO

20/12/1992

FILIAÇÃO

ANTONIO MANOEL DE
OLIVEIRA

ANA CRISTINA DA SILVA
OLIVEIRA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

REGISTRO

0587766323

VALIDADE

20/12/2015

VALIDADE

2/04/2015

OBSERVAÇÃO

EXERCÍCIO ATIVO - RESERVISTA

Adriano A. de Oliveira

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

07/04/2015

[Signature]

SIGNATURA DO EMISOR

83509213040

PE052693271

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1024550753

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1024550753

DADOS DO CLIENTE				
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 Dez/2019				
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170				
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667				
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL 1	PUBLICA
HIDRÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD	
AGUA: LEIT ANT: 4 CONSUMO:1 LEIT ATU: 4 LEIT FAT: 4 HD PARADO				
HISTORICO DE CONSUMO				
REFERENCIA CONSUMO		NUMERO DE AMOSTRAS		
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.
11/2019	01			ATENDEM A LEGIS
10/2019	01	TURBIDEZ	48	45
09/2019	01	COR APARENTE	48	32
08/2019	01	COLOR RESIDUAL	48	48
07/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	47
06/2019	01	E. COLI	48	48
MEDIA: 01		Qualidade de Agua: www.compesa.com.br		
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS				
(2)OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO				
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÕES SANITARIAS DA AGUA				
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÕES				
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA				
DESCRICAO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
CONSUMO DE AGUA		1 M3	44,08	
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)				
CONSUMO DE AGUA		0 M3	64,84	
CORTE 11/2019			9,02	
RELIGACAO 11/2019			9,02	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019			2,19	
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019			2,01	

IMPRESSO EM: 30/12/2019 13:01:56

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	108,92	1,65	1,80
COPIS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

MENSAGEM:
PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOOLICOS ANONIMOS
(81) 3221-3592/98476-3207

VIA DO CLIENTE

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.290.724-06 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.290.724-06, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 09 de Março de 2020


Assinatura do Declarante

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50060-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de COMERCIAL 116 | PRONTI

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 : Ouvidoria 0800 :

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação de Telefonia

Agência Nacional de Energia Elétrica

167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

MARLY FERREIRA DA SILVA

CPF: 697.817.104-20 NIS: 12289276326

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET DA MIRUEIRA 34

STA CASA/OLINDA

53200-000 OLINDA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

07/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

5,79

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

090550161

CONTA CONTRATO

007002983898

Nº DO CLIENTE

2002752908

Nº DA INSTALAÇÃO

0002125275

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVADO AO FISCO

0B74.4C14.FA98.CF0E.81E7.9183.6B5E.7F60

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18790701	5,63
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,12
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,04

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003152419731	CAT	27/11/2019	4.489,00	28/12/2019	4.492,00	31	1,00000	0,00	3,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/01/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.
out/2019				
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 0,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,86				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você dhr: avenida joão paulo li mirueira / top racões: avenida benjamin fragosoLista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 11,58 .

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

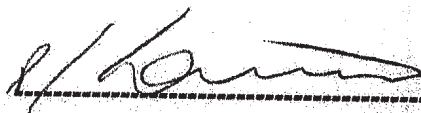
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIA	
	MÍNIMO	Máx
220	202	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	084.12.2019
DATA	27.12.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA**, portador do Documento de Identidade nº **7661222** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **095.290.724-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-717975**, que no dia 06 de dezembro de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 19h05, na ROD BR-101, imediações a Escola Técnica, na descida do UR-05, no bairro Ibura, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro.
Recife, 27 de dezembro de 2019.



Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

 **Carlos Eduardo Macedo**
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92.548-9

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

581542
0038600/20

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE IBURA

10ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 10ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA -
DP10ªCIRC DIM 3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2020100000162

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/01/2020 às
10:14

Complemento o BO Número: 2020100000102

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 21/2/2019 às 10:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR 101 SUL, 4 - Bairro: IBURA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO DO
TREVO URSO IBURA
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL / BR 101 SUL/IBURA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
PROD AUTOMOTIVO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MAM CRISTINA DA MOTA OLIVEIRA Fil: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA Data de
Nascimento: 22/12/1982 Naturalidade: VICENCIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
701122/000/P2 (RG), 0020071-00 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª
GRAU COMPLETO PROFISSÃO: ELETRICISTA
Endereço Residencial: ESTRADA DA MINUTARIA, 10 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO TERMINAL DE SANTA
CASA, OLINDA

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

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

PNEU (PROD AUTOMOTIVO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: PNEU/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
 Descrição: PNEU.OBJETO QUE CAIU DE UM CAMINHÃO QUE TRANSITAVA NA BR101,SUL.

MOTO HONDA PLACA PCC0475/PE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa PCC0475 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCOOL/GASOL
 Descrição: MOTO PLACA PCC0475/PE DE PROPRIEDADE DA VITIMA A QUAL ERA PILOTADA PELO MESMO NA OCASIÃO DO ACIDENTE.

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SENHOR ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA COMUNICANDO QUE SOFREDU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA BR101 SUL QUANDO ENTROU NA CURVA DA DECIDA QUE DÁ PARA URSU, QUANDO DE REPENTE COLIDIU COM UM CAMINHÃO CARREGADO DE PNEU USADO QUE SOLTOU UM PNEU E VEIO AO SEU ENCONTRO CAUSANDO O ACIDENTE, QUE JOGOU A VITIMA AO CHÃO, O CAMINHÃO SE ENVIOLU A VITIMA FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU METROPOLITANO DO REGIME, E FOI LEVADO PARA O HOSPITAL HARVIDA DO ESPINHEIRO DEU ENTRADA COM NOSSA 12.3016, NADA MAIS AGREGAR, FIDE PROVIDENCIA POLICIAL ADIANTO QUE A MOTO HONDA FAM DE COR PRETA 1999, ANO 2010 PLACA PCC0475/PE, CCCC RENAVAM 1200053492 E DE PROPRIEDADE DA VITIMA E QUE NA OCASIÃO DO ACIDENTE ERA PILOTADA PELO MESMO.

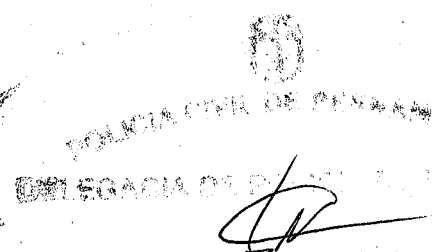
Assinatura do(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial:

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
 (VITIMA)

Adriano A. de Oliveira

B.O. registrado por: JUAREZ FELIX DA SILVA - Matrícula: 201.040-0

DELEGACIA DE POLÍCIA DE URSU
 10ª CIRCUNSCRIÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 010ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA -
0110ª CIRC DIM/3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 2020100000102

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/01/2020 às 11:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 01/12/2019 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR 101 SUL, 01 - Bairro: IBURA -
PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO DO
TREVO UNIF, IBURA
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

PROD AUTOMOTIVO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em
posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANA CRISTINA DA MOTA OLIVEIRA Pai: ANTONIO MANOEL DE OLIVEIRA Data de
Nascimento: 20/12/1982 Naturalidade: VIGENCIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7001222/000/PE (RG), 00020072400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2°
GRAU COMPLETO Profissão: ELETRICISTA
Endereço Residencial: ESTRADA DA MIRUEIRA, 14 - CEP: 55000-000 - Bairro: ABUAS
COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO TERMINAL DE SANTA
CASA, OLINDA

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

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

PNEU (PROD AUTOMOTIVO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava
em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: PNEU.

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SENHOR ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA COMUNICANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA BR101 SUL, QUANDO ENTROU NA CURVA DA DECIDA QUE DAI PARA LARGO, QUANDO DE REPENTE ORÇOU COM UM CAMINHÃO CARREGADO DE PNEU USADO QUE SOLTOU UM PNEU E VEIO AO SEU ENCONTRO CAUSANDO O ACIDENTE, QUE JOGOU A VITIMA AO CHÃO, O CAMINHÃO SE EVADIU, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA ASSISTÊNCIA DO CARRO MOTOCICLISTA DO RESCATE, E FOI LEVADO PARA O HOSPITAL NATVIA DO ESPRIMEIRO DEU ENTRADA COM Nº001.12.2020, NADA MAIS ACRESENTAR, PEDIR PROVIDENCIA POLICIAL.

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

Adriano A. Antonio de Oliveira
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

Edvaldo Marques da Silva
D.O. registrado por: EDVALDO MARQUES DA SILVA - Matrícula: 2247519


POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IGURA
[Signature]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 095.290.724-06 4 - Nome completo da vítima: ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 095.290.724-06
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: ET. DA MIRUEIRA 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SANTA CASA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.200-000
15 - E-mail: balbinesp@hotmai.com (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0069

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0037800 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 (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 (ho 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 (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 não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Abreu e Lima/PE 09/03/2020
Adriano Antônio de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 095.290.724-06 4 - Nome completo da vítima: ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ADRIANO ANTÔNIO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 095.290.724-06
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: ET. DA MIRUEIRA 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SANTA CASA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.200-000
15 - E-mail: balbinesp@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel. (DDD): (81) 3538-0069

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1606 3 CONTA: 0037800 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (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 (ho 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 (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 não alfabetizado

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



5090 0052 9184 0204

06/22 1606 3 0037800 3 02 00
VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DIG CONTA DIG VIA TIPO

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIR

elo

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111756

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001606-3**

Conta: **0000037800-3**

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



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111756

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01606-3

CONTA: 000000037800-3

Nr. Autenticação

BRDESCO2003202005000000000023701606000000037800236250 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111756 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: ELETRICISTA
Identidade: 7661222 SDS/PE CPF: 095290724-06
Endereço: ET DA MIRUEIRA, Nº 34, STA CASA / OLINDA-PE,
CEP. 53200-000

PROCURADOR(A):

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 06/12/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



PAULISTA 15/01/2020
Local e data

Adriano A. de Oliveira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO
Titular: Esmeralda de Azevedo Carvalho - Substituta: Anália de C. Souza
PRAÇA PAIPA JOÃO XXIII, 632, CENTRO, PAULISTA/PE CEP 53.401-370 - FONES: (81) 3433-0068/3433-0069

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2020-000770

Reconheço por autenticidade a firma de:
ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA *****

Dou fe: Paulista, PE, 15/01/2020 09:14:18
SELO DIGITAL: 0077644 SKY12201901 04397
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
EMOL: 3,83 TSNR: 0,82 FERC: 0,41 ISS: 0,08
FERM: 0,04 FUNSEG: 0,08

Maria Jose da Silva
MARIA JOSE DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

SELO DIGITAL
0077644 SKY12201901 04397

SELO DE NOTAS E PROTESTO
Esmeralda de Azevedo Carvalho
PAULISTA
3433-0068

QR CODE
Consulte a autenticidade do documento em: www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088600/20

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

CPF: 095.290.724-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA : 095.290.724-06

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: 11/03/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111756 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

03/01/2020 12:03

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19411604	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/1	

Profissional(is): FELIPE NUNES DA SILVA CRM 20818 [1] **Nº:** 15968911 **06/12/2019 às 19:26**

ANAMNESE

Queixa Principal	paciente trazido pelo SAMU após queda de moto há 40 min - refere dor em torax e antebraço esquerdo Ao exame: consciente e orientado, coluna sem dor palpação Dor palpação hemitorax esquerdo deformidade e ferimento puntiforme em antebraço esquerdo neurovascular preservado solicito rx tala axilo analgesia aciono sobreaviso	[1]
-------------------------	---	-----

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
----------------------------	--------------------------	-----

CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]
--------------	----------------------------------	-----

Alergias	Não	[1]
-----------------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
-------------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
--	-----	-----

Comorbidades	Não	[1]
---------------------	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]
--------------	----------------------------------	-----

CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]
--------------	----------------------------------	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL



Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8802824	ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	M	20/12/1992	26
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
7661222 SDS PE	9529072406		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RIO EMOS 16 MIRUEIRA PAULISTA-PE CEP:53405290				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		ANA CRISTINA DA MOTA OLIVEIRA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
06/12/2019	21:28		
Médico Atendente	Clínica		
1497596 FELIPE NUNES DA SILVA	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
1497596 FELIPE NUNES DA SILVA	0 INTERNACAO		

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano DINAMO ENGENHARIA LTDA EPP	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
52200001263003027		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
	101 - A		
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
14510513	99996666	D43595934	INTERNACAO
14510513	52070107	D43595934	FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO

FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Acomoda

07/12/19 Espinheira

Paciente

Adriano Antunes de Oliveira

Sexo

Cor

Idade

Raça

M

Pd

26

It

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Sheyla Teixeira

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO ☐ SIM

Cirurgia

Tratamento Cirúrgico de fratura do osso do antebraço L

Horário

00:40 01:40

O₂

N₂O

Líquidos

SaO₂

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Cefazolin 2g

Indometacina 50mg

Fentanyl 50mcg

Rop 0.5% 40ml

Lidocaina 1% 20ml

Dexametasona 10mg

Nalbuphina 2mg

Ceto Profeno 10mg

Dipiridona 25

Arbmal 100mg

Técnica Anestésica

Block de flexo

braquial via

axilar com

Stimuplex

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnografia

☐ Estat. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ Pyc

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volentia BP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sedado

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apar. Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Dra. Sheyla Teixeira
Anestesiologista
CRM-PE 23.394

Assinatura do Anestesiologista

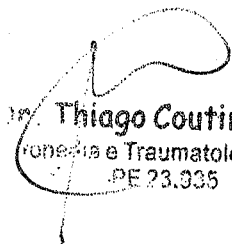
ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 02:28

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300543/2	

Profissional(is): THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO, MEDICO, CRM 23935 [1]	Nº: 15972074	07/12/2019	às 02:21
---	--------------	------------	----------

DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S523		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		[1]
ANESTESIA			
Hora De Início	00:40		[1]
Hora De Término	2:15		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	07/12/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	02:21		[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS ANTEBRAÇO ESQUERDO		[1]
Cirurgião	THIAGO COUTINHO		[1]
Anestesista	SHEILA		[1]
Instrumentador	ISABEL / DARLENE		[1]
Descrição Cirúrgica	1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3) VERIFICADA EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA EM REGIÃO ULNAR DE ANTEBRAÇO ESQUERDO +/- 2 CM 4) INCISÃO DIRETO SOB ULNA , DIVULSÃO POR PLANOS, VERIFICADA FRATURA COMINUTIVA COM 4 FRAGMENTOS NÃO PASSÍVEIS DE REDUÇÃO EM DIÁFISE DE ULNA 5) INCISÃO DE THOMSON + DIVULSÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DE FRATURA SIMPLES DE RÁDIO 6) REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO COM PLACA 3,5 DE 7 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS 7) APÓS TER GANHO ALTURA E COMPRIMENTO NO RÁDIO, REALIZADA FIXAÇÃO DA ULNA COM PLACA 3,5 DCP DE 8 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS 8) VERIFICADA REDUÇÃO NA ESCOPIA COM BOA REDUÇÃO DE RÁDIO E REDUÇÃO COMINUTA DE ULNA MAS COM MANUTENÇÃO DE ALTURA E COMPRIMENTO 9) HEMOSTASIA + SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2 E NYLON 3 10) CURATIVO , COMO FRATURA DA ULNA COMINUTA DEIXO TALA AXILOPALMAR 11) A SR		[1]


Thiago Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
PE 23.335

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 00:43

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA Dt. Nasc.: 20/12/1992 Atendimento: 19412338 Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300543/2

Profissional(is): ROSEANE DA SILVA NORONHA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1049367 [1] Nº: 15971710 07/12/2019 às 00:41

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	07/12/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	01	[1]
Cirurgia	fratura de antebraço	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	bc	[1]
Identidade Do Paciente	sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	sim.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	sim.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	não se aplica.	[1]
Exames Complementares	sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	não.	[1]
Tricotomia	sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	não se aplica.	[1]
Paciente Refere Alergia		
Especificar	sim	[1]
Paciente Está Em Jejum	sim.	[1]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	sim	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirúrgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	não se aplica.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ml/Adulto - 7 ml/Kg Criança)	sim.	[1]
Via Aérea Difícil	sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	não se aplica.	[1]

Dr. Thiago Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23.325

Rafaela Caldas de Almeida
CRM-PE 23.325

Dra. Sherry Teixeira
Anestesiologista
CRM-PE 23.394

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 00:43

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300543/2	
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	sim.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.		[1]
ANTES DA INCISAO CIRURGICA			
Membros da Equipe Cirúrgica	sim.		[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.		[1]
Paciente Certo	sim.		[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.		[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.		[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	sim.		[1]
Antibiotico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.		[1]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	sim.		[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.		[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.		[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.		[1]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO			
Orientação De Posicionamento De Membros	sim.		[1]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.		[1]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	sim.		[1]
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	sim.		[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.		[1]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	sim.		[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.		[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao Procedimento	sim.		[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao Procedimento			
Especificar	sim		[1]

Sergio Henrique de Sales
COREN-PR 996.411 - TE

Hospital do Espinheiro

Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Adriano Antonio de Oliveira ID: _____

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Data da Admissão: 06/12/19 Hora: _____ Apto: _____ Enfer: _____

ORIGEM DO PACIENTE:

☐ Emergência ☒ Residência ☐ Posto Enfermagem ☐ Outro Hospital
☐ Deambulando ☐ Maca ☐ Cadeira de Rodas ☐ CC/CO

MEMBRO ACOMETIDO:

TIPO DE CLÍNICA: ☐ MÉDICA ☒ CIRÚRGICA

HD: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

PACIENTE QUANTO A COOPERAÇÃO:

☒ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☒ Calmo ☐ Agitado ☐ Ansioso ☐ Irritado ☐ Agressivo

PADRÃO DO SONO:

Concilia sono: ☒ Sim ☐ Não Motivo: _____

CAPACIDADE DE COMPREENSÃO DO PACIENTE:

☒ Adequada ☐ Regular ☐ Não compreendida Motivo: _____

Internações anteriores ☐ Não ☐ Sim Causa: _____

Doenças/ Distúrbios

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Hepatites ☐ Hipo/Hiper
☐ Tabagismo ☐ Alcoolismo ☐ Obesidade ☐ Outros

☒ Nega

ALERGIAS

☐ Medicações ☐ Soluções ☐ Alimentos ☐ Quais:

☒ Nega

Antecedentes Familiares

☒ H.A.S ☐ Cardiopatias ☐ Outros

☒ Nega

Medicações de uso Crônico:

Início da Doença:

EXAME FÍSICO

Peso: _____ Altura: _____

SSVV - T: _____ PA: _____ FR: _____ FC: _____ SAT: _____

Nível de consciência / Orientação: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Comatoso ☐ Torporoso

Movimentação: ☐ Deambula ☐ Deambula com ajuda ☐ Não deambula ☐ Hipoativo ☐ Hiperativo ☐ Acamado

MMSS: ☒ Sem anormalidades ☐ Amputado /insistente ☐ Edema ☐ Com fixação externa ☐ Tala gessada ☐ Gesso

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva ☐ Imobilizado Déficit motor: Parcial ☐ Total ☐

MMII: ☒ Sem anormalidades ☐ Amputado /insistente ☐ Edema ☐ Com fixação externa ☐ Tala gessada ☐ Gesso

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva ☐ Imobilizado Déficit motor: Parcial ☐ Total ☐

CABEÇA: COURO CABELADO:

☒ Sem anormalidades ☐ Seborréico ☐ Presença de parasitas LESÕES: ☐ Frontal ☐ Parietal ☐ Temporal ☐ Occipital

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc. 20/12/1992	Atendimento: 19412338
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 11201808	Prontuário: 8802824
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Idto: 30054312	Peso: 80.00 kg
1. DIELA: BRANDA-ADULTO / HIPERPROTEICA/ HIPERCALORICA	4/4h	ORAL
2. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 6/6h EV
3. PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV
4. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV
5. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV
6. CURATIVO EXTRA GRANDE	24/24h	
7. CURATIVO COM AIADURA E GAZE ACCOCHOADA	24/24h	
Profissionais: CRM-23935	THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO	

Dr. Thiago Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23.935

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc.: 20/12/1992
Nº Prescrição: 0011201808
Leito: 300543/2
Atendimento: 19412338
07/12/2019 às 02:18
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 8802824

Emissão 07/12/2019 03:03

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA BRANDA-ADULTO / HIPERPROTEICA/HIPERCALORICA	4/4h	ORAL		06:00 ; 10:00 ; 14:00 ; 18:00 ;
2. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2) Água Destilada	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 10 ml	6/6h EV	22:00 ; 06:00 ; 08/12 - 02:00 ;
3. PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiológico	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 100 ml	12/12h EV	06:00 ;
4. DIPIRONA (500.00mg/ml) Água Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 18 ml	6/6h EV SN	
5. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 100 ml	8/8h EV	06:00 ;
Alta vigilância				
6. CURATIVO EXTRA GRANDE	24/24h			
7. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA	24/24h			

Reservado para o SIND

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Márcio Oliveira
C.R. 11.510.553

PA120X

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

07/12/2019 06:18

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Dt. Nasc.: 20/12/1992

Atendimento: 19412338

Prontuário: 8802824

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Leito: 101-P1/1

Profissional(is): ERENILDA LEONARDO DOS SANTOS, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1239780 [1]
ERENILDA LEONARDO DOS SANTOS COREN 1239780 [2]

Nº: 15972179 07/12/2019 às 03:04

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHA

Hora 02:45 [1]

Hora

Descrição RECEBO E EVOLUO PCT VINDO DO BC PÓS DE FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQ CONSCIENTE ORIENTADO AFEBRIL EUPNEICO NORMOTENSO NORMOCORADO SONOLENTO VERBALIZANDO NEGA TUDO SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM [1]

Hora 06HS [2]

Hora

Descrição PACT MEDICADO CPM SSVV CCGG [2]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora

Descrição PACT MEDICADO CPM SSVV CCGG [2]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

22:00 - Admito paciente vindo de sua residência para tratamento cirurgico. Encominhado ao BC.

1239780

Maria Eduarda M. Venâncio
COREN-PE 1239780-TC

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

08/12/2019 19:05

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 101-P1/1	
Profissional(is): CARLOS MARQUES DA SILVA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1185858 Nº: 15987438 08/12/2019 às 15:52			

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHA

Hora 07HS [1]

Hora [1]

Descrição Recebe plantao com Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, afebril ao toque, deambulando, Dieta via oral com boa aceitação, Segue sob os cuidados de enfermagem. [1]

Hora 12HS [1]

Hora [1]

Descrição MEDICAÇÃO CPM + SSVV [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora 18HS [1]

Hora [1]

Descrição MEDICAÇÃO CPM + SSVV [1]

Hora 19HS [1]

Hora [1]

Descrição ENCERRO O PLANTAO SEM ALTERAÇÃO SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Carlos Marques da Silva
COREN MT 185.858-TE

Carlos 185858

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA		Dt. Nasc. 20/12/1992		Atendimento: 19412338	
Convênio: HAP/IDA		Nº Prescrição: 11208624		Prontuário: 8802824	
Posto: POSTO 1 ANDAR - HE		Leito: 106-P1/1		Peso: 80.00 kg	
1. DIIA: BRANDA-ADULTO/HIPERPROTEICA/HIPERCALORICA 4/4h ORAL CRM-16684					
2. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 6/6h EV CRM-16684 (D1/2) Agua Destilada 10 ml					
3. PROFENID IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/100MG) 12/12h EV CRM-16684 Soro Fisiologico 100 ml					
4. DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV SN CRM-16684 Agua Destilada 18 ml					
5. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV CRM-16684 Soro Fisiologico 100 ml					
Alta vigilância					
6. CURATIVO EXTRA GRANDE 24/24h CRM-16684					
7. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA 24/24h CRM-16684					
Profissionais: CRM-16684		JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR CRM-16684			

Dr. José Venancio O. Jr.
Médico Ortopedista
Hospital do Espinha
Rua 1694 - 1105 12862

PREScrição Médica - Aprazamento

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Dt. Nascimento: 20/12/1992 **Atendimento:** 19412338
Nº Prescrição: 0041208624 09/12/2019 às 09:22
Leito: 106-P/1 **Peso:** 80.00 kg

Prontuário: 8802824

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

**1. DIETABRANDA-ADULTO /
HIPERPROTEICA/HIPERCALORICA**

4/4h ORAL

2. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)
(D1/2) Agua Destilada

19

1FRAP (FRAP C/ 1GR)
10 ml

6/6h EV

10/12-06:00 ; 10/12-00:00 ;

3. PROFENID IV (100.00mg)
Soro Fisiologico

100 mg

1FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h	EV
100 ml	

18:00 ; 10/12-06:00 ;

4. DIPIRONA (500.00mg/ml)
Agua Destilada

1000mg

2ML (AMPL C/
500MG)
18 ml

6/6h EV

SN 09:48

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)
Soro Fisiologico

100 mg

2ML (AMPL C/
100MG)
100ml

EV 8/8h

14:00 ; 22:00 ; 10/12-06:00

Alta vigilância

6. CURATIVO EXTRA GRANDE

24/24h

11:00 ;

7. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA

24/24h

11:00 ;

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :



Indica item não administrado.



Indica item checado.

Enfermagem
COREN 399122
Ivatianny Arcanio

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/12/2019 17:26

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Dt. Nasc.: 20/12/1992

Atendimento: 19412338

Prontuário: 8802824

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Leito: 106-P1/1

Profissional(is): ELAINE CRISTINA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 877170 [1] Nº: 16000609 09/12/2019 às 17:24

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHA

Hora 07:00 [1]

Hora

Descrição EVOLUO PCT EGR PÓS DE FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQ CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, AVP EM MSD, DIETA V.O COM BOA ACEITAÇÃO, NEGA TUDO SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. [1]

Hora 12:00 [1]

Hora

Descrição VEREFICADO SSVV, MEDICADO CPM. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora 14:00 [1]

Hora

Descrição MEDICADO CPM. [1]

Hora 17:00 [1]

Hora

Descrição PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

COPIA PARA: SGT 1º

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/12/2019 16:43

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

Dt. Nasc.: 20/12/1992

Atendimento: 19412338

Prontuário: 8802824

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 LANDAR - HE

Leito: 106-P1/1

Profissional(is): THATIANY ARCANJO MOREIRA, ENFERMEIRA, COREN 399122 [1]

Nº: 16000025 09/12/2019 às 16:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

HD: 3º DPO DE FRATURA EXPOSTA RÁDIO ESQUERDO

[1]

08:10hs Paciente em EGR, consciente, orientado, contactua verbalmente, conciliou bem o sono, pupilas isocóricas e fotoreagente a luz, eupnéico em ar ambiente, normocorado, normotenso, afebril, Integridade tegumentar preservada, dieta por VO com boa aceitação, A.V.P em MSD pérvio, abdomen plano e indolor à palpação, MID com imobilização gessada, diurese e evacuação presentes, sem queixas no momento, segue aos cuidados da enfermagem.

16:30hs Em tempo, paciente avaliado pelo cirurgião, retira imobilização gessada, renovo curativo em FO limpa, retirado A.V.P, RX de controle realizado, recebe alta hospitalar.

DISPOSITIVOS

Sem Dispositivos Invasivos

Sim

[1]

Thatiany Arcanjo
Enfermagem
COREN 399122

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 106-P1/1	
Profissional(is): FRANCISCO ROBSON QUEIROZ REGO, MEDICO, CRM 25357 [1]	Nº: 15990852		07/12/2019 às 15:00

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	D1 PÓS-OPERATÓRIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERO; EM TEMPO, AGUARDA TROCA DE CURATIVO; SEM QUEIXAS ALGICAS; APRESENTA DÉFICIT DE EXTENSÃO DO 4º QDE; SEM ALTERAÇÕES SENSITIVAS APARENTES; CD: MANTIDA (VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA); ACOMPANHAMENTO COM EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO;	[1]
Cid10	S623 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	[1]

Francisco R. 25358

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

08/12/2019 23:02

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19412338	Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE	Leito: 106-P1/1	

Profissional(is): FRANCISCO ROBSON QUEIROZ REGO, MÉDICO, CRM 25357 (1)	Nº: 15990852	08/12/2019 às 22:57
--	--------------	---------------------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

D1 PÓS-OPERATÓRIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERO; EM TEMPO, AGUARDA TROCA DE CURATIVO; SEM QUEIXAS ALGICAS; APRESENTA DÉFICIT DE EXTENSÃO DO 4º QDE; SEM ALTERAÇÕES SENSITIVAS APARENTES; CD: MANTIDA (VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA); ACOMPANHAMENTO COM EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO;

[1]

Cid10

S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

[1]

Francisco R. 25357

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/12/2019 16:26

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA Dt. Nasc.: 20/12/1992 Atendimento: 19412338 Prontuário: 8802824
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE Leito: 106-P1/1

Profissional(is): LEONARDO PINHEIRO CARVALHO, MEDICO, CRM 17884 [1] Nº: 15999495 09/12/2019 às 16:06

DIAGNÓSTICOS

CID10 S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] [1]
CID10 S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO [1]

RESUMO CLÍNICO

Evolução E Intercorrências PACIENTE SUBETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO [1]

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas
1) RETORNO PARA REVISÃO NA PRÓXIMA SEGUNDA-FEIRA, NA HAPCLÍNICA RECIFE, NA RUA DO ESPINHEIRO;
2) O RETORNO DEVERÁ SER MARCADO PRESENCIALMENTE [OU POR PARENTE COM A CARTEIRIHA DO USUÁRIO], COM ANTECEDÊNCIA;
3) QUALQUER PROBLEMA PROCURAR A EMERGÊNCIA 24H DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO;
4) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS; [1]

Alta Hospitalar
LEONARDO PINHEIRO
CIRURGIÃO DE MÃOS E MEMBROS
CRM 17.884 / S20T 17.516



PREScrição MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 03/01/2020 12:04

Paciente: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA		Dt. Nasc.: 20/12/1992	Atendimento: 19411604		
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 11201036	Prontuário: 8802824		
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300217/1	Peso: kg		
1. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico	50 mg	1 ML (AMPL C/ 50MG)	Agora EV	CRM-20818
Alta vigilância					
2. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agora EV	CRM-20818
18 ml					
3. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	Agora EV	CRM-20818
100 ml					
4. TALA AXILO PALMAR		1	Agora	msd	CRM-20818
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agora EV	CRM-20818
18 ml					
Agua Destilada					
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico	50 mg	1 ML (AMPL C/ 50MG)	Agora EV	CRM-20818
1 ml					
Alta vigilância					
7. PROFENID IV (100.00mg)	Cloreto De Sodio 0.9%	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	Agora EV	CRM-20818
1 ml					
Profissionais: CRM-20818 FELIPE NUNES DA SILVA					

RP1541

ROMULO VALENTIN DA SILVA

IP: 10.1.22.139

03/01/2020 12:04



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **095.290.724-06**

Nome: **ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **20/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/05/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:18:41** do dia **13/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B3C7.186D.A408.1719**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088600/20

Vítima: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

CPF: 095.290.724-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA : 095.290.724-06

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: 11/03/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

