



05/08/2020

Número: **0021168-26.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIZAMA DE ALMEIDA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65840 242	05/08/2020 14:15	ANEXO 1	Outros (Documento)



ANS - nº 34.488-5
Diretora Técnica Médica
Drª Maria de Lourdes C. de Araújo
CREMESP 3367



CDU ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)
RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-725



32 14536021 05871 0000002570 10 050220

VENCIMENTO
25/02/2020





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÃO 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=29656>

A Circular SUSEP 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVIDÊNCIA PRIVADA, APERTO, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE, 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 ILCITAS PRIVADAS NA LEI Nº 9.243/98.

Pelo exposto, eu Sito Flavio de Almeida Pires Felcos
inscrito(a) no CPF/CNPJ 692655184 / 72 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário
Elizanna de Almeida inscrito(a) no CPF sob o nº 948467744 / 99
do sinistro de DPVAT cobertura imobiliária da Vítima Elizanna de Almeida
inscrito(a) no CPF sob o nº 948467744 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios
☒ Preciso 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 de 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 Pudente do Moraes</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Hípódromo</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CPF: <u>92041730</u>
		Tel. (DDD): <u>(81) 999268546</u>

Local e Data:

Recife, 10/03/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000096 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). ELIZAMA DE ALMEIDA, 46 anos, BRASILEIRA (a), SOLTEIRO(a), RG nº 5136962 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 948.467.744-49, residente à RUA SEIS DE JANEIRO, nº 433, CASA, AGUAS COMPRIDAS, OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/11/2019, por volta das 16:20 hs. no endereço: ESTRADA DE ÁGUAS COMPRIDAS, 1409, ÁGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESCURVA BRANCA PCD5906-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) ELIZAMA DE ALMEIDA, inscrito sob o CPF nº 948.467.744-49 e Registro Geral nº 5136962, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798208-9 L. RIBEIRO. Foi transportado(a) para o XX. Reg. strado(a) com o prontuário nº 1560408. Ficou aos cuidados do médico DANIEL CABRAL, registro 24931. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Procedido em 09/03/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, na sua
página: <http://www.cbmpa.gov.br/>, consultando protocolo nº 2020APH000096

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



CELPE

Nota Fiscal de Energia Elétrica
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Roberto Santos, 171 - São Vito - Recife - PE 50050-402
CNPJ nº 06.902.000/01-40 | Ins. Est. nº 05.519.03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ELIZABETH ALMEIDA
ACIQUILINO

CPF: 045.467.744-99

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 08 DE JANEIRO 433 B

ÁGUAS COMPARADAS/INCLUI
CLÍNICA PE
63160-220

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
4009065577
08/2019
04/10/2019
23/10/2019
18,51

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/01/2019	01/01/2019	31/12/2019	
27/05/2019	01/05/2019	31/05/2019	

RESUMO DA NOTA FISCAL

CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
28,00/0000	5,57/0000		
			18,51

TOTAL A PAGAR

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	18,51

DATA	VALOR (R\$)
08/2019	18,51

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A presente Nota Fiscal é emitida em conformidade com a Lei nº 10.172/2001, que dispõe sobre a emissão de Notas Fiscais de Energia Elétrica.

INFORMAÇÃO DE PAGAMENTO
O valor devido é de R\$ 18,51 (dezoito reais e cinquenta e um centavos).

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	18,51

SOMA CONTROLE
4009065577
08/2019
04/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
18,51
83880000003 185100110040 0009065577101 202722310233





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 94846774449 4 - Nome completo da vítima: Elizama de Almeida

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

5 - Nome completo: Elizama de Almeida 6 - CPF: 94846774449
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua O do Saneamento 9 - Número: 433 10 - Complemento: B
11 - Bairro: Agudos Compridos 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53180-220
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 983069265

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 7376 CONTA: 25343 6 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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(a) nascido(a)? ☐ 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

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 10/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)

3 Anexos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 94846774449 4 - Nome completo da vítima: Elizama de Almeida

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

5 - Nome completo: Elizama de Almeida 6 - CPF: 94846774449
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua O do Saneamento 9 - Número: 433 10 - Complemento: B
11 - Bairro: Agudos Compridos 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53180-220
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 983069265

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 7376 CONTA: 25343 6 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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(a) nascido(a)? ☐ 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

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 10/03/2020
Elizama de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)

Assinatura

581340
0087072/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0115000903**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2020** às **08:25****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **30/11/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA AGUAS COMPRIDAS, 1 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONEHCIDO (AUTOR/AGENTE)
GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA (OUTRO)
ELIZAMA DE ALMEIDA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA**

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

ELIZAMA DE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA GUILHERMINA DA SILVA ALMEIDA Pai: ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA Data de Nascimento: 1/1/1974 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5136962/SDS/PE (RG), 94846774449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: 983039265

Endereço Residencial: **RUA SEIS DE JANEIRO, 433, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GÉSSICA TAINA SANTOS ALMEIDA**
Categoria/Mercado: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD5916 PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO**Ano Fabricação/Modelo: **2018/NÃO INFORMADO**Destinação: **PRÓPRIEDADE DE ELI ANTONIO DE ALMEIDA**

Complemento / Observação

PILOTANDA POR GESSICA TAINA SANTOS ALMEIDA QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO
IDENTIFICADOS VEIO A COLIDIR EM SUA LATERAL FAZENDO COM QUE A VÍTIMA CAISSE NO CHÃO, ONDE FOI
SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADA PARA A UPA DE OLINDA E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA
O HOSPITAL MIGUEL ARRÃES CONFORME PRONTÁRIO Nº 131825.

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

* *Elizama da Almeida*
ELIZAMA DA ALMEIDA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **SERGIO RICARDO RODRIGUES DE MELO** - Matrícula: 2217651
Sergio



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109804

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZAMA DE ALMEIDA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ELIZAMA DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007376

Conta: 0000025343-6

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 retomar 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

Pag. 0020109804 - carta_15R - INVALIDEZ

00020193





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109804

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIZAMA DE ALMEIDA

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

Carta nº 15605585

Pag. 0100001700 - carta_01 - INVALIDEZ

00020060



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZAMA DE ALMEIDA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07376

CONTA: 000000025343-6

Autenticação:

385EB210132E912DB91FA30D3C34B35A11754FC1D24F52CB39F2A22DFA7651C4



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087072/20
Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA
CPF: 948.467.744-49
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 30/11/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ELIZAMA DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

ELIZAMA DE ALMEIDA : 948.467.744-49

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: 10/03/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109804

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

Data do acidente: 30/11/2019

Seguradora: Tokio Marine 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 PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO (FIXADOR EXTERNO/FIOS DE KIRSHNER). (P4) ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE ARCOS DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Elizama de Almeida,
brasileiro(a), estado civil: solteira, CI/ RG nº 5.136.962 805
CPF/MF sob nº 948.467.744-49, residente e domiciliado(a) à rua
Rua 6 de Janeiro, Casa B, nº 433,
Bairro: Agua Comprida, Cidade: Olimpia,
Estado: PE, CEP: 53180 - 220, Telefone: 983069265.

OUTORGADO(S): SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco e/ou TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RECIFE, 04 de 02 de 2020.

Elizama de Almeida
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Cartório de Registro Civil
1ª Vara de Registro Civil - Arruda

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
ELIZAMA DE ALMEIDA
lançada em minha presença, por fé
Recife, 04 de fevereiro de 2020, em
testemunha da verdade
ANA PAULA DE VASCONCELOS FERREZ (DISCREVENTE)
SUBSTITUTA

EMO: R\$ 3,72 - ICMS: R\$ 0,87 - HIRC: R\$ 0,41 - FERN
R\$ 0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 Total: R\$ 5,06
Válido somente com o selo
0074617-PCP02202001.00023 (13-10-18)
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/seledigital

15º Distrito
ARRUDA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109804

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA

Data do acidente: 30/11/2019

Seguradora: Tokio Marine 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 PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P4)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

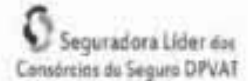
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087072/20
Vítima: ELIZAMA DE ALMEIDA
CPF: 948.467.744-49
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 30/11/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ELIZAMA DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

ELIZAMA DE ALMEIDA : 948.467.744-49

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: 10/03/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

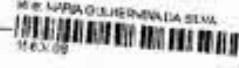
Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

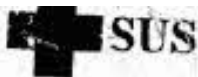


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/08/2020 14:15:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080514154897500000064600725>
 Número do documento: 20080514154897500000064600725

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	SENHA <u>882 7813</u>
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>RICARDO - ELIANA DE ALMEIDA</u> Idade: <u>45</u> Sexo: M () F () Profissão: <u>M.R. MARIA GULHERMINA SILVA</u> Fone: _____ Endereço Residencial: _____ Bairro: _____ Cidade: <u>Imbuiz</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N () Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N () Semi-Afogamento/Submersão () soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>QUEM DE MOTO COM UM BOLHO</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>FRATO TIPO</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N () Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N () Distúrbio Fala/Choro: S () N () Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N () Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose () Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ELIZAMA DE ALMEIDA			6 - Nº Prontuário	131825
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
	01/01/1974	Masculino ☒ Feminino ☐	02 - Preta	12 - Telefone de Contato	8134434989
11 - Nome da Mãe	MARIA GUILHERME DA SILVA ALMEIDA			14 - Telefone de Contato	34434989
13 - Nome Responsável	GESSICA			17 - IBGE	260960
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SEIS DE JANEIRO, 433 - AGUAS COMPRIDAS			18 - UF	PE
16 - Município	OLINDA			19 - CEP	53180220

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Outras / CID 10
TE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR EDEMA + DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO ENTE ORIENTADA EUPNEICA ESTAVEL NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES R EDEMA DEFORMIDADE	CITADAS ACIMA	ANAMNESE + EXAME FÍSICO	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA E	S821	W199 V29.9	040805055

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		28 - Código do Procedimento	0415020069
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	980016278437533
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	34 - Data de Solicitação	30/11/2019
de Profissional Solicitante/Assistente	SORMANE DE CARVALHO BRITO		36 - Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

35 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Sítio	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CSOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
	E260000001	() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador		
	Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CRM 20671 TE01: 15666		

AIH
261910224306-6

AIH
261910224307-6

Código do Laudo: 506244



Atendimento: 506244

Data e Hora: 30/11/2019 22:55

Senha da Classificação:
Paciente: 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA

Sexo: FEMININO

Nome Social:
Data do Nascimento: 01/01/1974 **Idade:** 45 anos **Convenio:** 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA GUILHERME DA SILVA ALMEIDA **Nome do Pai:**
Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA SEIS DE JANEIRO

433

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: **Altura:** **Temperatura:** **Hora:**
Queixa Principal

1. ITINA 26 QUA DO PLANTÃO
há 5 horas com dor + edema
em JOELHO ESQUERDO
DEBILIDADE E COM OMBRO

Exame Físico

CONSCIENTE, ORIENTADO, GUBERNA
M 16 - DOR + EDEMA

Hipótese Diagnóstico

EX EDEMA + IBIAL

Prescrição Médica

Dr. Ian Lacerda
CRM PE 0024
CRM PE 22590

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



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

Página.: 0001
Data.....: 01/12/2019
Hora.....: 01:33

Aviso de Cirurgia : 61272 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 506248
Leito : 703 VERD2-27 Carteira :
Dt. Início : 01/12/2019 00:20 Dt. Fim : 01/12/2019 01:05 Idade : 45 Anos
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS
ANESTESISTA 24759 RICARDO DUARTE PIMENTEL

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR DE JOELHO + FIO K EM CONDILO LATERAL
OPERADOR: DR THIAGO DOS ANJOS
1º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA
2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DR RICARDO DUARTE
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR DE JOELHO
4. APOSIÇÃO DE FIO K EM CONDILO LATERAL COM REDUÇÃO POR PINÇA DE WEBER
5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO A ESCOPIA
6. VERIFICADO BOA PERFUSAO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

27/12/19
FATURADO
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Ian Lacerda
CRM: 19769
CPF: 0222450

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ELIZAMA DE ALMEIDA

NOME SOCIAL:

IDADE:45 SEXO:F

DATA DA ADMISSÃO: 30/11/19

DN:01/01/74

REG:131825

DATA DA ALTA: 18/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 01/12/19- FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO
- 14/12/19- RETIRADA DE FE+ RAFI COM PLACAS E PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 15 DIAS (01/01/2020) PELA URGENCIA PARA AVALIAÇÃO DE DR ANTONIO QUEIROZ
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- NÃO PISAR COM MEMBRO OPERADO ;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL : BEG

FERIDA OPERATÓRIA:BOM ASPECTO SEM FLOGOSE

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.553

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/01/2020 10:53



Nome Paciente: ELIZAMA DE ALMEIDA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/01/1974
Sexo: Feminino
Idade: 46 anos
Senha: 0022
Convênio:
Atendimento:
SAME:

STOP

Período: 01/01/2020 11:00 - 01/01/2020 11:04

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE VEM COM ENCAMINHAMENTO DE ALTA COM RETORNO PARA EMERGENCIA. A PEDIDO DE DR. ANTONIO QUEIROZ PACIENTE SUBMETIDA A FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE JOELHO E NEGA HAS E DM NEGA DOR E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 1
- FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM
- GLICOSE: 100.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não X

Local:
Joana Santos
COREN: 213370-EN

RECADADO
HMA

FATURADO
14 / 01 / 2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/01/2020 11:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 510592

Data e Hora: 01/01/2020 11:06

Senha da Classificação:

0022

Paciente: 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/01/1974 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA GUILHERME DA SILVA ALMEIDA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEdia

CRM: 12346

Endereço: RUA SEIS DE JANEIRO

433

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ANACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com história de trauma de
PRATO TIBIAL (L) ocorrido há 12 dias, realizado
APEL com placa e parafusos.

Exame Físico

PO SECA - LIMPA SEM DOR..
Nega febre - comorbidades

Hipótese Diagnóstico

POS OP de APEL em PRATO TIBIAL

Prescrição Médica

Rx CONTROLE
+ NEVALIASÃOALTA
AMBUATORIALDr. Ian Lacerda
CRM-PE 9924
CRM-PE 23599

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de Internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/01/2020 08:52


Nome Paciente: ELIZAMA DE ALMEIDA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/01/1974
Sexo: Feminino
Idade: 46 anos
Senha: P0003
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Handwritten signature

Período: 08/01/2020 09:52 - 08/01/2020 09:56

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VEM COM ENCAMINHAMENTO DE DR. IAN LACERDA PARA RETORNO DE CIRURGIA ORTOPEDICA REFERE DOR E RUBOR EM MID NEGA HAS E DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 3
- FREQUENCIA CARDIACA: 80.00 BPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 119.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 61.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ☒
Local

Handwritten signature
CRISTIANE ZANUZZI

FATURADO
24 / 01 / 2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/01/2020 09:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 511625
Senha da Classificação:
Data e Hora: 08/01/2020 10:00

Paciente: 131825 **ELIZAMA DE ALMEIDA** **Sexo:** FEMININO
Nome Social:
Data do Nascimento: 01/01/1974 **Idade:** 46 anos **Convenio:** 2 **SUS - EXTERNO / URGENCIA**
Nome da Mãe: MARIA GUILHERME DA SILVA ALMEIDA **Nome do Pai:**
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** PLANTONISTA ORTOPEDIA **CRM:** 12346
Endereço: RUA SEIS DE JANEIRO 433 **Bairro:** AGUAS COMPRIDAS
Cidade/UF: OLINDA PE **Usuário Atendimento:** ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: **Altura:** **Temperatura:** **Hora:**
Queixa Principal

Presente em PO (15/02/2019) de fratura
 de platô TIBIAL (E) fratura na região
 por Dr. Antônio Ribeiro

Exame Físico

FE limpa e seca. ME apresentando flexão de joelho 0°-90°, e/
 NVC preservado.

Hipótese Diagnóstica

PO TTD curvo de fr. de platô TIBIAL (E)

Prescrição Médica

RX

Assinado por
 Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 CRM-PE 20085

Orientado por Dr. Antônio Amorim:
 Retornar em 15 dias para reavaliação
 Alta hospitalar.

Dr. Antônio Amorim
 CRM-PE 20085

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/01/2020 09:34

Nome Paciente: ELIZAMA DE ALMEIDA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/01/1974
Sexo: Feminino
Idade: 46 anos
Senha: 0019
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/01/2020 11:49 - 22/01/2020 11:53

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR NO MIE

Observação: DEMANDA ESPONTANEA. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. TEVE ALTA HOSPITALAR 19/12/2019.

Fluxograma sintoma: REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 77.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 RPM
- GLICOSE: 55.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 139.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 76.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.20 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ☒

Local

Fernanda Souza da Camara Nascimento
Enfermeiro
COREN: 273647

FATURADO
06/02/2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/01/2020 11:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 513849

Data e Hora: 22/01/2020 11:59

Senha da Classificação:

0019

Paciente: 131825 ELIZAMA DE ALMEIDA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/01/1974 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA GUILHERMINA DA SILVA ALMEIDA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SEIS DE JANEIRO

433

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Painel (11/12/19) em Ponto de Entrada

Exame Físico

Con P/ Curvatura por Sarcopenia Ponderal
Por Otimização de Atividade
O Glicosemia / ADAM fígado

Hipótese Diagnóstico

Painel de Ponto de Entrada

Prescrição Médica

Ort. Rx

Ort. A Joice II Após exame P/ Ponderal

João Bosco B. C. Neto

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 26.670

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

VIRE



