
Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200179565

Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVSON GUIMARAES DE AQUINO

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

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: 4 - Nome completo da vítima:

071.382.524-39

IVSON GUIMARAES DE AQUINO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

IVSON GUIMARAES DE AQUINO

071.382.524-39

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

VISTORIADOR

RUA CIOQUENTA E CINCO

144

LOTE = 22

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

JARDIM PAULISTA

PAULISTA

PE

53.409-560

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

bolbinospe@hotmail.com/81999441109

(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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 7474 CONTA: 32128 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19071110B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/12/2019 Hora: 07:20 Município: ABREU E LIMA/PE
BR: 101 KM: 50,1 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: DE SANTANA, 1183747

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 23/12/2019, por volta das 07:20h, no Km 50 da Br 101 em Abreu e Lima/PE sentido Paulista/Igarassu, ocorreu um acidente do tipo Atropelamento de pedestre com feridos. O veículo envolvido foi a motocicleta HONDA/XRE 300, placa PFA 6805 (V1). Com base nas informações passada no local por terceiros e pelo condutor de V1, constatou-se que V1 transitava na pista de rolamento quando atropelou o pedestre que tentava atravessar o leito carroçável. Quando a PRF chegou à ocorrência, não foi encentrado V1 e o local do acidente não fora preservado. A velocidade para a via é de 60 Km/h. O pedestre não atravessou a via em sua faixa. Assim sendo, conclui-se que a responsabilidade pelo acidente recai sobre o pedestre que apesar do local constar uma faixa de travessia com um agente de trânsito orientando a passagem dos pedestres não obedeceu a sinalização optando por atravessar o leito fora da faixa de passagem de pedestre.



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobet/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

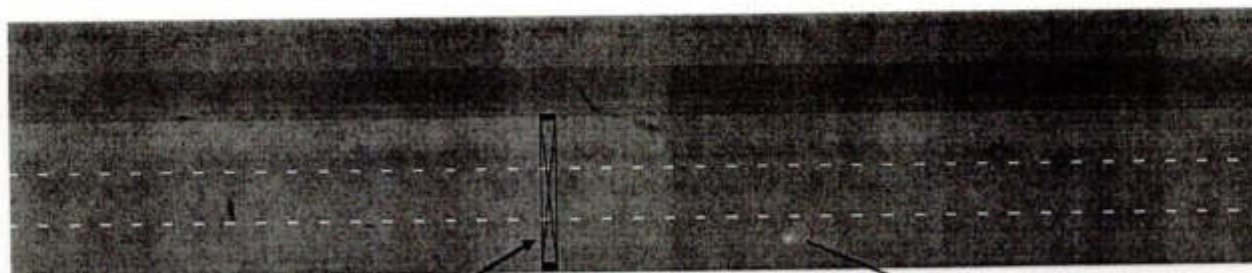


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito



PASSAGEM DE PEDESTRE

LOCAL DO IMPACTO

MERCADO PÚBLICO DE ABREU E LIMA

← PAULISTA



IGARASSU →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PFA6805 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: PFA6805 Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Ano fabricação: 2012 Chassi: 9C2ND0910CR011287

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Não foi possível informar os danos do veículo.

Renavam: 00464476690

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Verde



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/XRE 300
Nome do Agente: DE SANTANA

Placa: PFA6805
Matrícula do Agente: 1183747

Nº BOAT: 19071110B01
Data: 23/12/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B86C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

V1 - Proprietário

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
Email:
Endereço: ABREU E LIMA-PE

CPF/CNPJ: 071.382.524-39
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - IVSON GUIMARAES DE AQUINO

V1C - Informações

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
CPF: 071.382.524-39
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 26/02/1987
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 23/09/2009
Vencimento da habilitação: 16/01/2024

Nº Registro: 04762400118
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SETENTA, 0000000036, CAETES III, ABREU E LIMA-PE
Telefone: 984416915

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - Bianca Lima de Cruz Melo

V1P1 - Informações

Nome: Bianca Lima de Cruz Melo
Nº de Identificação/órgão expedidor: 8.226.462/SDS-PE
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 03/12/1990
Sexo: Feminino
Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: Rua 55, 144, Jardim Paulista
Telefone:

Email:

V1P1 - Encaminhamento



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: SAMU
Informações complementares: Encaminhado pelo SAMU para a UPA de Igarassu

E1 - PEDESTRE - ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

E1 - Informações

Nome: Antonio Carlos dos Santos
Envolvimento: Pedestre

Data de Nascimento: 07/09/1967
Nº de Identificação/órgão expedidor: 132.573
/SDS-
PE

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados do Contato

Endereço: DESTERRO, ABREU E LIMA-PE
Telefone:

Email:

E1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Sorrido pelo Helicóptero da PRF

Tipo de Receptor: Unidade PRF



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191

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: 4 - Nome completo da vítima:

071.382.524-39

IVSON GUIMARAES DE AQUINO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

IVSON GUIMARAES DE AQUINO

071.382.524-39

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

VISTORIADOR

RUA CIOQUENTA E CINCO

144

LOTE = 22

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

JARDIM PAULISTA

PAULISTA

PE

53.409-560

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

bolbinospe@hotmail.com/81999441109

(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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 7474 CONTA: 32128 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000051 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). IVSON GUIMARAES DE AQUINO, 32 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6359436 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 071.382.524-39, residente à RUA SETENTA, nº 36, , CAETES III, ABREU LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 23/12/2019, por volta das 07:45 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBÓ ABREU E LIMA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA XRE 300, VERDE, PFA6805-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) IVSON GUIMARAES DE AQUINO, inscrito sob o CPF nº 071.382.524-39 e Registro Geral nº 6359436, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710121-0 FRANÇA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº 1167784. Ficou aos cuidados do médico MARILIA LIMA, registro 23640. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 19/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000051

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: 26/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07474

CONTA: 000000032128-3

Autenticação:

2826358647E6F5CF7D5438EA8E1FCE2AF4AE24869948B7C7964B98D86D040424

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
Quvidoria 0800

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE ADRIANA ROMUALDO DE LIMA CPF: 767.948.734-00		DATA DE VENCIMENTO 05/05/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 155,92		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 27/04/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 27/04/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 106248280		CONTA CONTRATO 007009535718 Nº DO CLIENTE 2011862387 Nº DA INSTALAÇÃO 0002372705	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CIGUEIRA E CINCO 144 LOTE 22 JARDIM PAULISTA/NAVARRO 53409-560 PAULISTA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
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.ceise.com.br		RESERVADO AO FISCO B528.7EC0.9EFF.659C.2FD1.1CBE.2AB4.56EF					

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	170,41	0,43299956	73,78
Consumo Ativo(kWh)-TE	170,41	0,36417065	62,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 098483309-27/02/20			0,89
Multa por atraso-NF 098483309 - 27/02/20			2,14
Juros por atraso-NF 098483309 - 27/02/20			1,27
Atualização IGPM-NF 098483309 - 27/02/20			1,57
TOTAL DA FATURA			155,92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
135,83	25,00	33,95	135,83	1,10	1,49	135,83	4,99	6,77

EM ATÉ 15 DIAS, DENTOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Débito	Valor
02/04/20	02/04/20	133,07

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer a cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0.29838000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0.25095000

HISTÓRICO DO CONSUMO

ABR	20	
MAR	20	
FEV	20	
JAN	20	
DEZ	19	
NOV	19	
OUT	19	
SET	19	
AGO	19	
JUL	19	
JUN	19	
MAI	19	
ABR	19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	42,35	31,17
Transmissão	4,92	3,62
Distribuição (Celpe)	29,90	22,01
Encargos Setoriais	7,03	5,18
Tributos	42,21	31,08
Perdas de Energia	9,42	6,94
TOTAL	135,83	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
600000003192423014	CAT	26/03/2020	117,00	27/04/2020	290,00	32	1,00000	0,00	173,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM
fev/2020				
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBEI	0,00	4,95	9,91
FIG-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22
ELSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 50,84				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIG, DMIC e DICR a qualquer				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! fany pet: rua dr luiz ignacio de andrade lima 1120 box janga / milenás
papeteria e variedades; avenida doutor claudio jose gueiros leite janga lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIA	
	MINIMO	M.
220	202	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 Feb/2020
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO FÓDOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1	1		
HIJOMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 28/01/2020	DATA LEIT. ATUAL 29/02/2020	TIPO DE CONSUMO (ABE)		
			MEDIA HD		

AGUA:
LEIT ANT: 5 CONSUMO:1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

01/2020 01
12/2019 01
11/2019 01
10/2019 01
09/2019 01
08/2019 01
MEDIA: 01

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	44
COR APARENTE	48	48	34
CORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	48
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAÇÃO 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
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020		2,17

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

VENCIMENTO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR: 111,09

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 131,10. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

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 **IVSON GUIMARÃES DE AQUINO** inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.382.524-39**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **IVSON GUIMARÃES DE AQUINO**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.382.524-39**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

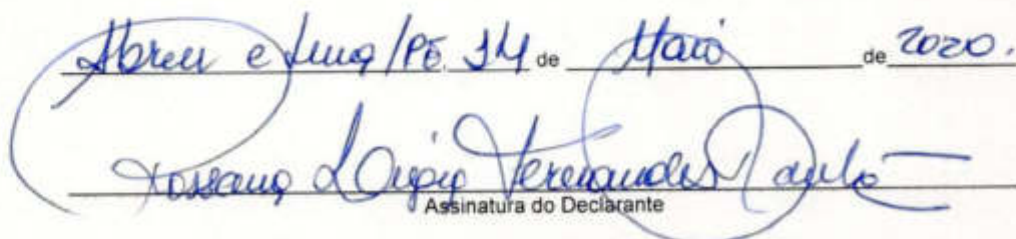
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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/PE 31 de Maio de 2020.

 Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2019 08:27

	Nome Paciente:	IVSON GUIMARAES DE AQUINO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	26/02/1987
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32 anos
	Senha:	0049
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 23/12/2019 08:29 - 23/12/2019 08:31

ANA CAROLINA DE ARAUJO OLIVEIRA - COREN: 321360 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS, EM MACA + COLAR CERVICAL, RELATA DOR EM MSE. NEGA TCE, NAUSEAS, VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA

Observação: HAS -
DM -
ALERGICO A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR, 6

Acolhido(a) por: ANA CAROLINA DE ARAUJO OLIVEIRA - COREN: 321360 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2019 08:31

Atendimento: 1167784

Senha da Classificação:

Data e Hora: 23/12/2019 08:34

0049

Paciente: 152006 IVSON GUIMARAES DE AQUINO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 26/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: IVETE MARIA FERREIRA Nome do Pai: IVAN GUIMARAES DE AQUINO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SETENTA -- 36 Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545080 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): 6359436 SDS/PE Data de Emissão: CNS: 706901133395533
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07138252439 Fone: 84416915
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA-IGARASSU
FATURADO

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg

DATA: 23/12/19

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Vi no acidente muito forte com
do no antebraço E
trauma pelo braço direito*

EXAME FÍSICO:

*exame físico normal, do lado esquerdo
do antebraço E*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

trauma no braço direito

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx - fratura do antebraço E

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

*Tratamento com analgésico
FARMACIA HMA 5843745
Tratamento com ATAF 100mg 50,9% EU
dieta VO livre.*

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

MARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDISTA
CRM: 23848

Flaviana Cabral
CRM: 23848

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

Declaração de acompanhamento do acompanhante.

Valdênia Veras
Assistente Social

CREMEPE 23644

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

☒ TRANSFERÊNCIA LOCAL: HMA - Trauma SENHA: 5843745

() ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

MARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CREMEPE 23644
Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

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: 5843743

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Alisson da Silva Idade: 30 a

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

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 ()
Quada: () 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: Doença crônica

Hipótese Diagnóstica: Doença crônica

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P. A.: _____ x
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 Xifoide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração 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

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)**ABERTURA OCULAR**Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1**RESPOSTA VERBAL**Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1**RESPOSTA MOTORA**Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve**NATUREZA DA LESÃO**Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FiO2: _____Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA***Fim de atendimento***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Terapeia Hora: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()23/12/19
Local e dataMARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM: 23648
Médico Assistente

TRANSFERÊNCIA – PLANTÃO RESTRITO

NOME: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO

Transfiro o paciente supracitado à unidade de origem pois o plantão encontra-se restrito devido a superlotação e falta de espaço físico. No momento o plantão encontra-se aberto apenas para URGÊNCIAS ABSOLUTAS/EMERGÊNCIAS (fraturas expostas, fratura-luxação, infecções, etc...).

Como paciente em bom estado geral, sem necessidade de abordagem cirúrgica de urgência e sem risco de morte iminente ou risco de seqüela no momento, por ordem da direção deste hospital o paciente deverá retornar à unidade de origem e permanecer aguardando nova transferência após contato prévio com a emergência deste hospital nos próximos plantões e confirmação de disponibilidade de leitos disponíveis para internação.

Desculpe pelo transtorno e agradecemos pela compreensão.

Paulista, 23 de dezembro de 2019

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2019 20:14

	Nome Paciente:	IVSON GUIMARAES DE AQUINO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	26/02/1987
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32 anos
	Senha:	0176
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 23/12/2019 20:22 - 23/12/2019 20:23

DENISSE TABATA CAVALCANTE DE BRITO - COREN: 10866 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE RETORNA DO HMA COM CONTRA REFERENCIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 2

Acolhido(a) por: DENISSE TABATA CAVALCANTE DE BRITO - COREN: 10866 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2019 20:23

Atendimento: 1168005

Senha da Classificação:

0176

Data e Hora: 23/12/2019 20:26

Paciente: 152006 IVSON GUIMARAES DE AQUINO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 26/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: IVETE MARIA FERREIRA Nome do Pai: IVAN GUIMARAES DE AQUINO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SETENTA -- 36 Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545080 Usuário Atendimento: ADRIANAOSG
RG (Identidade): 6359436 SDS/PE Data de Emissão: CNS: 706901133395533
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07138252439 Fone: 84416915
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

USUÁRIO CADASTRO
FATURADO

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Dieta Livre	
2) Transder 200g e 5/99% 28ml F.V. gona	
3) mais exames	
4) Colocar em lista de convênios	

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 1255

Médico / Crenepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crenepe:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

() ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS _____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho o absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



UNIDADE
DE PRONTO-ATENDIMENTO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE



IDENTIFICAÇÃO

NOME:

NBADE:

ATENDIMENTO:

DATA

23, 12, 19

MONITORIZAÇÃO

111

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO NOTURNO

HORA

HORA

HORA	aguardo transferência
06:00	para M.M.A, au
24-12-15	convênio.

NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN

NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN

CLÍNICA DE ENFERMAGEM / COREN

Data/Hora	Observações
23/12/19 14:30	Paciente segue em remissão ao HNA em ambulância da unidade com fe. de enfermagem + acompanhante.
22:40	Inscrito em convênio senha 6574424
23/12/19	<i>reflexão</i> com 9569
23/12/19 08:40	Paciente evoluindo estável, com melhora da tosse, captação, expirante, e f. venosa periférica. Segue apresentando comens.
24/12/19 09:45	Segue em remissão para H. Santa Amara - Segue sem anormalidades.

PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS CONTROLE DE APLICAÇÕES

Nome: NSW GUYTON Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Prescrição e Tratamento	Dose	Via	Intervalo	Horário
24/12/15	1.) DÍGITA VITUR				
	2.) SF 2 3/4 SOD (1) 24h				7h
	3.) TÁH 11 SOD (1) 24h				8h
	4.) SSI + VU66				17.



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 21/12/19 HORA: 08:35

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: João Guimarães de Aguiar Idade: 32 N° do atendimento: _____
Procedência: _____ Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fraqueza de membros e

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
() Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Orientado () Desorientado () Inconsciente () Toporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
() Olho esquerdo () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ ipm Sat O2 = _____ % () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia.
() Periférico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () LÍQUIDO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Plano
() Bóloroso () Acético () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
() Mucoso () Líquido () Melena () Odor fétido () Odor característico ÊMASE Aspecto: () Hematêmase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistotomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTACÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta: 1 Para 1 Aborto DUM 0 / 0 / 0 IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____

1. () Padrão respiratório prejudicado	() Manter decúbito elevado a _____ graus. () Aspirar VAS com técnica asséptica S/N () Comunicar alterações da frequência respiratória () Outros:
2. Dor () Crônica () Aguda	() Anotar localização e as características da dor () Aplicar escala de dor (0 a 10) () Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação () Outros:
3. () Instabilidade de pressão arterial	() Aferir pressão arterial a cada ____ / ____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros:
4. () Edema Local: _____	() Descrever características do edema () Registrar presença de inflamação / infecção () Outros:
5. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ____ / ____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ () Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia () Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia () Outros:
6. Glicemia Prejudicada () Diminuída () Aumentada	() Aferir e registrar HGT de ____ / ____ h () Outros:
7. () Náuseas	() Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições
8. () Vômitos	() Registrar e comunicar frequência e características do vômito
9. () Diarréia	() Registrar frequência e aspecto da diarréia () Outros:
10. () Integridade da pele prejudicada	() Registrar e comunicar alterações na integridade da pele
11. () Risco para lesão	() Realizar higiene íntima após eliminações () Manter lençóis limpos secos e esticados () Diminuir pressão nas proeminências ósseas () Outros:
12. () Depressão	() Manter vigilância constante
13. () Uso de álcool	() Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente () Manter grades elevadas () Realizar contenção no leito SN () Outros:
14. () Risco para aspiração	() Manter decúbito a 45° () Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação () Outros:
15. () Risco para infecção	() Evitar manuseio excessivo do paciente () Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,7^{\circ}\text{C}$ () Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos () Outros:
16. ()	() SSW () () () () Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
DUM- Data da última menstruação
VAS- Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
IG- Idade Gestacional

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
SNE- Sonda Nasoenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO	Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO
Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO	Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO

Virginia Mota
COREN - 25.443.846

Relatório Médico de Alta

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

Reg.: 675730 Pront.: 1197557

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 26/02/1987

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 32

Admissão: 24/12/2019 10:54

Alta: 30/12/2019 10:00

Admissão:

S52.1 FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

PACIENTE COM FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO GRAU II, HÁ UMA SEMANA, BLOQUEIO DE 40% DE PRONAÇÃO. TRATAMENTO INCRUENTO, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Diagnóstico:

Principal S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	24/12/2019 10:54	30/12/2019 10:00	6 dia(s)

Orientação:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO COM DR. HENRIQUE BARBOSA COM 21 DIAS
TALA AXILO PALMAR
ANALGESIA
RX DE CONTROLE

Condição de Alta: Curado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Osteopata / Fisioterapeuta
CRM 40281

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **IVSON GUIMARÃES DE AQUINO**, prontuário nº **1197557**, admitido neste hospital em 24/12/2019 com diagnóstico de Fratura de cabeça do rádio esquerdo, paciente sem indicação cirúrgica no momento, sendo submetido a tratamento conservador. Recebeu alta hospitalar em 30/12/2019 com acompanhamento ambulatorial.

Recife, 17 de Março de 2020.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

IVSON GUIMARAES DE AQUINO

6 - N.º 675730 JARDIM

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR
Tratamento Cirúrgico de Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo

0 4 0 8 0 2 0 3 6 9

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
1 Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica

0 3 0 8 0 1 0 0 1 9

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.

Paciente reavaliado, com Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo Grau II, há uma semana, bloqueio de 40% de pronação, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatorio de Dr. Henrique Barbosa.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DR. HENRIQUE BARBOSA

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/12/19

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS ☐ CPF ☒

7 1 7 4 6 2 2 6 4 4 0

Dr. Henrique Barbosa
CRM 10531

AUTORIZAÇÃO

Página 1

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS ☐ CPF ☐

Registro:675730 Prontuário:1197557 Data de Nascimento:26/02/87 Idade:32 ANO(S)

Nome do Paciente:**IVSON GUIMARAES DE AQUINO** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:IVETE MARIA FERREIRA

CPF: 07138252439

Data: 30/12/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S524 - FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo CÓDIGO: 0408020369

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: 1º Atendimento em Clínica Cirurgica Ortopédica
CÓDIGO:0308010019

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA :		
5	ANESTESISTA :		
6	CLÍNICA MÉDICA :		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.

Paciente reavaliado, com Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo Grau II, há uma semana, bloqueio de 40% de pronação, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatorio de Dr. Henrique Barbosa.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:



Dr. Henrique Barbosa
Ortopedista e Traumatologista
Régio 10531



Dr. Henrique Barbosa
Ortopedista e Traumatologista
Régio 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:675730 Prontuário:1197557 Data de Nascimento:26/02/87 Idade:32 ANO(S)

Nome do Paciente:**IVSON GUIMARAES DE AQUINO** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:IVETE MARIA FERREIRA

CPF: 07138252439

Data: 30/12/2019

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

**MOTIVO DA ALTA
OUTROS:**

**Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO		CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
IVSON GUIMARÃES DE AQUINO			
		DOC. IDENTIDADE/ONS. EMISSOR / UF 6359436 HDS PE	
CPF 071.307.524-39		DATA NASCIMENTO 28/02/1987	
FILIAÇÃO IVAN GUIMARÃES DE AQUI MO IVETE MARIA FERREIRA			
PERMISSÃO 00000000000000000000		ACC 00000000000000000000	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 04762400118		VALIDADEZ 16/01/2024	1ª HABILITAÇÃO 23/09/2009
OBSERVAÇÕES IVSON GUIMARÃES DE AQUINO PAULISTA, PE 91147390987 PE090351550 PERNAMBUCO			



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **071.382.524-39**

Nome: **IVSON GUIMARAES DE AQUINO**

Data de Nascimento: **26/02/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/12/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:43:58** do dia **21/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **11C4.CDB9.D8F9.83AA**



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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-3

 POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO



Rossana Lígia Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DIG. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPI 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR *[Signature]*
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357327713
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 464476690 ***** 2019

IVSON GUIMARAES DE AQUINO

ABREU E LIMA-PE

071.382.524-39

***** 9C2ND0910CR011287

PAS MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/XRE 300

2P/291CL

PARTIC

VERDE

1 IPVA 2019 QUITADO

1 *****
2 *****
3 *****

80.11 SEGU 0.32 84.58 21/01/19

SEM RESERVA

QUITADO DE PONTE OBRIGATORIO

CONFIRMAÇÃO DE RESERVA

Roberto Fontelles

ABREU E LIMA-PE

08/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

SE GRUPO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULO
MOTOCICLISTAS, TERRESTRIO OU POR OUTRA CARGA, APRESSO
TRANSPORTADAS COM AÇÃO SEGURO DPVAT

PE Nº 014357327713 BILHETE DE SEGURO DPVAT
IVSON GUIMARAES DE AQUINO

ESTÉ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradepvat.com.br
SAC DPVAT 0800 122 1034

ABREU E LIMA-PE 2019 08/02/19

1 071.382.524-39 PFA6805

464476690 HONDA/XRE 300

2012 09 9C2ND0910CR011287

PRÊMIO TARIFARIO

36.05 4.01 40.06

CUSTO COBRANÇA (R\$)

4.15 0.32 84.58

X COTA ÚNICA

RESERVA

RESERVA

21/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.216.688/0001-64

2018-2019

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PONTE OBRIGATORIO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140240/20

Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

CPF: 071.382.524-39

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

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

IVSON GUIMARAES DE AQUINO : 071.382.524-39

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: 15/05/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200179565 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.15/16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 MODERADO DO COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200179565 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVSON GUIMARAES DE AQUINO **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.15/16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 MODERADO DO COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: VISTORIADOR
Identidade: 6.359.436-SDS/PE CPF: 071.382.524-39
Endereço: RUA CIQUENTA E LINCO, nº 144, LOTE 22,
JARDIM PAULISTA, NAVARRO, PAULISTA-PE, CEP=53.409-560

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 23 / 12 / 2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

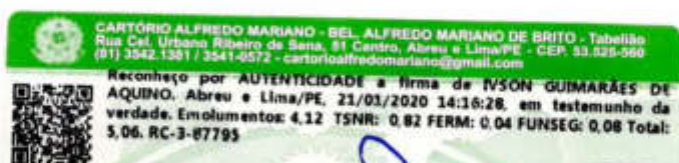


ABREU E LIMA 21-01-2020

Local e data

IVSON GUIMARÃES DE AQUINO

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



Selo Digital: 0130607.P5K12201904.01987
Dyogo Montelro Valadarez Pires - Escrevente

