



Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67364245	02/09/2020 10:48	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221562

Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARILIA SELMA DOS SANTOS

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 15879436





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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221562

Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARILIA SELMA DOS SANTOS

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: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007731

Conta: 0000036766-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

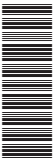
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00859/00860 - carta_15R - INVALIDEZ

00020430





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.610.324-31 4 - Nome completo da vítima: Marília Selma dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2012

5 - Nome completo: Marília Selma dos Santos 6 - CPF: 067.610.324-31
7 - Profissão: locutora 8 - Endereço: Rua Alto Belo Vista 9 - Número: 696 10 - Complemento:
11 - Bairro: Autópolis 12 - Cidade: Pajuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.590-000
15 - E-mail: 0099+140111

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para beneficiários abertos. Anote uma opção)
☐ Bradesco (257) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 731 CONTA: 36766 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) 1500
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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: Pajuca 11 de junho de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marília Selma dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 043ª CIRCUNSCRIÇÃO - PORTO DE GALINHAS - DP43ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0133001148

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/06/2020 às 14:53

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/2/2020 às 01:00

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 060, 1, PROXIMO A LOJA DE CERAMICA** - Bairro: **CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 0
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARILIA SELMA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

MARILIA SELMA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS** Pai: **OSIAS BRASILINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **3/8/1987** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7061713/SDS/PE (RG), 06761032431 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **CAMAREIRO(A)**
Endereço Residencial: **RUA BOA VISTA, 696, TRAVESSA BOA VISTA, RUROPOLIS - CEP: 0 - Bairro: AREA RURAL - CAMELA - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CARRO MODELO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

PRESENTE NA DELEGACIA DE IPOJUCA A SENHORA MARILIA SELMA DOS SANTOS, INFORMA QUE NO DIA 22/02/2020 POR VOLTA DE 01:00 DA MADRUGADA, QUANDO VOLTAVA DE UM BLOCO EM



RUROPOLIS, A VÍTIMA SENTOU NUM CANTEIRO AS MARGENS DA PE 060 PARA DESCANSAR. LOGO APÓS TER SENTADO NO CANTEIRO, INFORMA A VÍTIMA QUE UM CARRO PEQUENO (NÃO SOUBE INFORMAR MODELO OU COR) TERIA LHE ATROPELADO E FUGIDO SEM PRESTAR NENHUM TIPO DE SOCORRO. INFORMA A VÍTIMA QUE HAVIAM TESTEMUNHAS NO LOCAL MAS QUE NINGUEM QUIS COMENTAR SOBRE O FATO. APÓS SER SOCORRIDA, A VÍTIMA FICOU INTERNADA POR 10 DIAS, ONDE FICOU CONSTATADO QUE ELA QUEBROU A TÍBIA E FRATUROU 5 COSTELAS. SEM MAIORES INFORMAÇÕES, EIS O REGISTRO

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

Márcia Selma dos Santos
MÁRCIA SELMA DOS SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **LEONARDO SANTOS GARCIA** - Matrícula: **399518-6**
(Liberado em **09/06/2020** às **15:07**)

GERAR BOLETIM





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 AIL:

3 - CPF da vítima: 067.610.324-31

4 - Nome completo da vítima:

Marcia Selma dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo:

Marcia Selma dos Santos

6 - CPF:

067.610.324-31

7 - Profissão:

Recusado

8 - Endereço:

Rua Alto Belo Vista

9 - Número:

696

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Parópolis

12 - Cidade:

Parauapebas

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

35.590-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(085) 3440111

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPIANÇA (informar apenas serviços ativos. Anote uma opção)

☐ Bradesco (203)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

431

CONTA:

36766

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

MORTE

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(s) (se houver)?

☐ 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Parauapebas, 11 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Marcia Selma dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILIA SELMA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07731

CONTA: 000000036766-5

Autenticação:

92FCC8C7E1E11B3DBAC4D3A0CD4C4FBB7C1F4A9794FE4CC3AD706D20D7468535





CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILIA SELMA DOS SANTOS

CPF: 067.610.324-31

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALTO BELA VISTA 696

RUIROPOLIS/IPOJUCA
IPOJUCA PE
55590-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
108756890	ÚNICA	19/05/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/05/2020	2011145701	1399257

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONTA DEBÍTO	MÊS/ANO
7005641262	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
26/05/2020	17/06/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	124,41

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
------------	-------------	-------------





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 551560
Usuário do Atendimento: LAZARONI

Data e Hora do Atendimento: 22/02/2020 18:40
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Prontuário: 125288

Nome da Mãe: ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS

Nome do Pai: OSIAS BRASILINO DOS SANTOS

Data do Nascimento: 03/08/1987

Idade: 32 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7081713

SDS PE Data Emissão: 29/12/2017

CPF: 06761032431

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: IPOJUCA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: TRAVESSA BOA VISTA

696 CENTRO

Cidade: IPOJUCA

PE

CEP: 55590000

Fone: 93150939

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA VERMELHA

Leito: LEITO 31-E

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 22/02/2020

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Helicóptero

Diagnóstico: Furto de prótese tibial direita

Procedimento: Tamponamento cirúrgico da dor da prótese tibial

Alta em: 08 / 03 / 2020 Hora: 12:00h

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

HON - Hospital Dom Helder Câmara
CON-CONS Consórcio Int. Hosp.
13/03/20

10 MAR 2020





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 551521

Senha da Classificação:

0004

Data e Hora: 22/02/2020 02:24

Paciente: 125286 MARILIA SELMA DOS SANTOS

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 03/08/1987 Idade: 32 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS

Nome do Pai: OSIAS BRASILINO DOS SANTOS

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE

CRM: 14418

Endereço: TRAVESSA BOA VISTA

BAIRRO RUPOI 696

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Usuário Atendimento: MICHELLINESM

RG (Identidade): 7061713

SDS PE

Data de Emissão: 29/12/2017

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 06761032431

Fone: 93150939

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Vitima de atropelamento
Nega vômito e desmaio
Refere dor abdominal

Exame Físico

A - Vias aéreas livres e claras
B - MVD em AIT Sat O₂: 92%
C - PA: 130 x 80 mmHg FC: 108 bpm
D - ECG: 15 trociscos
E - Exame em MMII

Imagem Diagnóstica

Politrauma

Conduta Terapêutica

Rx + TC Abd

PARECER = ORTOPEDIA =

Prescrição Médica

SF 0,9% 1000ml IV bolus

Diamal 100mg + 100ml SF IV

Profenid 100mg + 100ml SF IV

MELO

Dr. Xisto Luna

Urologia
CRM-PE 16.835

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

ENDEREÇO:
LEITO DO PACIENTE:



02:40 h

Cir. Geral

TC: Fratura de Costelas

Ausência de Hemo e pneumotórax
e de hemo e pneumoperitórax

Col: Observação

(1)

Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM-PF 16.536

8:00h # Cir. Geral

Paciente com dor em abd + em ins. trintórias
13g. Ref. náuseas, vômitos

AF: 06/11/2019, Exatidão e duração

Ass: Abdomen e abd em ins. trintórias

CA: Auscultação
Apresenta ruído de líquido
quando ausculta o abd

(1) 18020

Orto-pedi-
18:00h

Exatidão do bato
Tímido (1)

Inmado 7to caso

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
22/02/20	CERV. PERNA + JOELHO	05



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/02/2020 02:18

Nome Paciente: MARILIA SELMA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/08/1987
Sexo: Feminino
Idade: 32 anos
Senha: 0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/02/2020 02:19 - 22/02/2020 02:21

JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO QUEIXA-SE DE FORTES DORES ABDOMINAIS.
PA: 130 X 80 MMHG
SATO2: 92 %
FC: 108 BPM

Observação: PRÉ DIABETICA (SIC)
NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/02/2020 02:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Marcelina Silva Guit Registro: 12528 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

A dor no peito

História da Doença Atual: _____

Viêm. aguda
Cl. facies do peito

Interrogatório Sintomatológica: _____



Exame Físico:

707 ehm
unipolar / r

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fratura fêmur direito

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

hms

Cabo de Santo Agostinho, 27/02/2016

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13526

Digitalizada com CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

ANOLIA GILMA SANTOS

Registro:

125726

Clínica:

Enfermaria:

TICU

Leito:

Data/Hora

22/02/2020

TICU

INTENSAS PR
Sinais
Vivos

Numero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13526

(23/02/2020) #C-6

11:30

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM VIA PÚBLICA, CAUSADO POR COLISÃO DE CARRO DE PASSADOURA, QUE PASSOU POR SOBRE O TÓRAX DO PACIENTE, CAUSANDO FRATURAS DE COSTEIAS E A 10ª COSTELA.

EM EXAME FÍSICO: BOA, CORADA, HIDRATADA, AFEBRIL, CONSCIENTE E ORIENTADA.

ACV: NENHUM

ARITMIA EM AHS, SEM RA, (+) DE VOR A PALPAÇÃO DE GRADUAÇÃO COSTA ESQUERDA.

FLATUL: (+) EVACUAÇÃO NEGATIVA

RECBO TAC DE TÓRAX E ABDOMEN (23/02/2020):

ALTERAÇÃO: FRATURAS DE 6ª E 7ª ARCOS COSTAIS E DE PEQUENO PNEUMOTÓRAX A ESQ.

DE ANORMALIDADES NO ABDOMEN

CD: ALTA DO CIRURGEÃO GERAL (LACOS CURVAS DA ATROFIA) (3) ZERO BETA (CIRURGEÃO GERAL)

CIRURGEÃO GERAL

EM 23/02/2020, PASSADO O CASO PARA A VARIANTE, ENVIANDO-SE O VER PROBLEMA NA RAQUIMOTÉSIA E POR VEGETÁRIA ANÉTICA, PORÉM, SEM NECESSÁRIA ORIENTAÇÃO TORÁCICA E ABDOMENAL.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Martin Sclaus do Srt

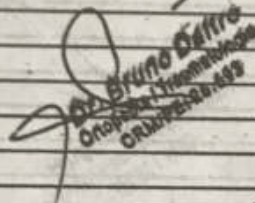
Registro: 125286

Clínica: ortopedi

Enfermaria: 1004

125286

Leito: 1

Data/Hora	
24/02/2020	H/O: <u>Ortopedia</u>
7:50	H/O: <u>Fatima on Placa tetrat (B)</u>
	<u>RT sup mlti de sup</u>
	<u>do sup</u>
	 Dr. Bruno Daltro Ortopedista Traumatologista CRM 22222-1/2019
	<u>psicologia</u>
28-02-2020	<u>Exeto visita ao leito. por no momento repousar</u>
14:30h	<u>(clama)</u>
	M^{te} Cássia Guerra Psicóloga CRP: 11044



Clinica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

Num. 67364245 - Pág. 17



**HOSPITAL
DOM HELDER**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 27/2/2020 10:48

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090	

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:

AGUARDA TRATAMENTO CIRURGICO

Igor Abutrab
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27776





ALM,

**HOSPITAL
DOM HELDER****GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR****SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA**

DATA: 28/2/2020 09:15

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090	

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA**EVOLUÇÃO:**

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

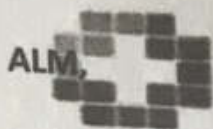
3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:

AGUARDA TRATAMENTO CIRURGICO SABADO

João Antunes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 29/2/2020 09:35

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090	

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR +

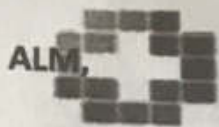
CONDUTA:

AO BLOCO

Igor Abutrab
Ortopedia e Traumatologia
29/02/2020

Digitalizada com CamScanner





ALM,

**HOSPITAL
DOM HELDER**

GESTÃO

IMIP
HOSPITALAR**SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA**

DATA: 1/3/2020 10:57

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125286	

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA**EVOLUÇÃO:**

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:PCT POS APERADA RECEBERÁ ALTA AMANHÃ
ATB POR 24 H

Dr. Bruno Dalto
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 26.893





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 2/3/2020 09:40

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: MARILIA SELMA DOS SANTOS				
REGISTRO: :125286	DN: 03/08/1987	IDADE: 32	DATA ADMISSÃO: 22/02/2020	DATA ALTA: 02/03/2020

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD:FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

CD:OSTEOSSINTESE COM PLACA 4.5MM + PARAFUSO CANULADO

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO SEM QUEIXAS , FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTE E SEM DEMAIS SINAIS INFECCIOSOS. NO MOMENTO EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

OBS: .

EXAME FISICO:

1)EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR EDGLEY

- **CONDUTA :**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Igor Abudav
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 27779



Aviso de Cirurgia : 45576 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 125286 MARILIA SELMA DOS SANTOS Atendimento : 551560
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 700 401 - 02 - LT TRAUMA Idade : 32 Anos
Dt. Início : 26/02/2020 09:33 Dt. Fim : 26/02/2020 10:00
Id Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Id Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO DA SUBLUXAÇÃO
5. FIXAÇÃO TRANS-ARTICULAR EM JOELHO D COM FIXADOR TUBO A TUBO
6. CURATIVO
7. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583

10 MAR 2020

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-2

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



POLEGAR DIREITO



Marília Selma dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

Digitalizada com CamScanner





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima	Marília Selma dos Santos		
Data do Acidente	08/04/2020		
CPF da vítima	630.324-31		
Portador da documentação:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	
E-mail:	Telefone: 81 9 93440114		

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☒ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☒ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:
Identidade:
Assinatura:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovantes (originais e cópias) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☒ Notas fiscais (originais e cópias) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☒ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☒ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☒ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

Invalides Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados a lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 12 de junho de 2020
Nome: Marília Selma dos Santos
Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221562 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4,8,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 DIREITO.

**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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221562 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4,8,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 DIREITO.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171586/20

Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS

CPF: 067.610.324-31

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARILIA SELMA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARILIA SELMA DOS SANTOS : 067.610.324-31

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: 22/06/2020
Nome: MARILIA SELMA DOS SANTOS
CPF: 067.610.324-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARILIA SELMA DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA





Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67364250	02/09/2020 10:48	ANEXO 2	Outros (Documento)



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10207728

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160737933 ASL-1190291/16
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Data Acidente: 11/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00333/00334 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10235049

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Sinistro: 3160737933 ASL-1190291/16
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Data Acidente: 11/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01921101922 - carta_02

0005961



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

PORTADOR(A) DO RG Nº 5105361 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02/02/2015

CPF 030590124-59 /CNPJ _____, PROFISSÃO CHEFE DE TRANS.

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEIUS (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE L. DA CONCEICAO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3208-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0090800-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

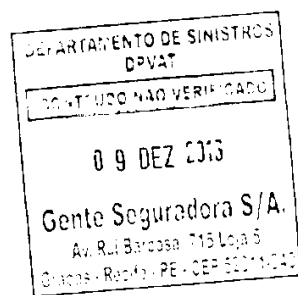
Recife, 22 de Novembro de 2016
LOCAL E DATA

Alexandre Luiz da Conceicao
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







323432

119029116

file:///C:/Users/Policial%20Civil/infopol.xml/1301/Preview.html

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 112ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ª CIRC
DIM/4ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0102003862

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/08/2016 às 10:45

Complementa o BO Número: 16E0102003861

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 11/6/2016 às 06:16

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BELEM DE JUDA, 1 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCRIÇÃO (AUTOR / AGENTE)
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/3/1990 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: AVENIDA BELEM DE JUDA, 5a - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

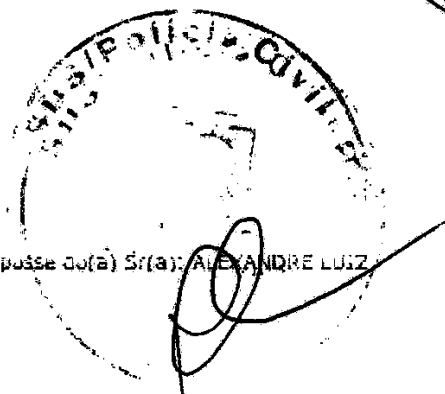
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** (Objeto apreendido: Não)
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIF5791 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

DIZ A VÍTIMA QUE AO PILOTAR SUA MOTOCICLETA A MESMA DERRAPOU E CAIU SOBRE O SR. ALEXANDRE, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA ESPERANÇA. A VÍTIMA PASSOU POR CIRURGIA E SOFREU LESAO NA PERNA DIREITA. ATENÇÃO: HOUVE REIMPRESSÃO POIS HOUVE ERRO NA DATA E HORA DO FATO.



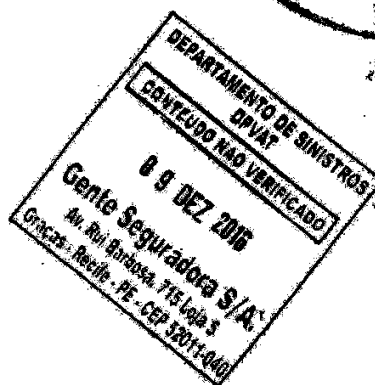
Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

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


ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: LADILSON NEVES CAVALCANTI DE LIMA JUNIOR - Matrícula: 2208225



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO, portador da carteira de identidade nº 5105363 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 036.590.184-59, residente e domiciliado na AV. BELEM DE JUDA, Nº 58 - DOIS CARNEIROS / CAVALHEIRO Cidade JABOATÃO, Estado PERNAMBUCO, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

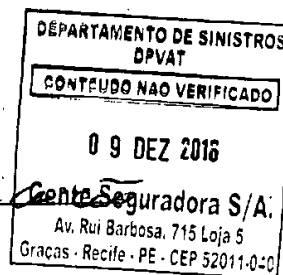
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Luiz da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Recife, 22 de Novembro, 2016

Local e data



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03208-5

CONTA: 000000090800-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2912201605000000000023703208000000090800708750 PAGO





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 511465

Dt. Nasc.: 02/06/79 - 37 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 8425-4155

Endereço: AV BELÉM DE JUDÁ, nº 58, ALTO DOIS CARNEIROS. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 11/06/2016 - 06:16

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO :

AMBULÂNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PCT FEZ USO DE ALCOOL RELATA QUEDA DE MOTO EM BAIXA VELOCIDADE

ESTAVA DE CAPACETE CAIU DE LADO E A MOTO CAIU SOBRE SUA PERNA DIREITA.

APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MEMBROS

NEGA TCE OU PERDA DE CONCIÊNCIA OU TRAUMA EM COLUNA. PACIENTE APRESENTA RAIO X

EVIDENCIANDO FRATURA EM TÍBIA DIREITA COMPLETA, COMO PACIENTE APRESENTA LACERAÇÃO DE PARTES MOLES, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DE FRATURA EXPOSTA.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura:

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EGR, EUPNEICO E AFEBRIL

ESCORIAÇÕES EM MEMBROS

MOVIMENTOS PRESERVADOS EM COLUNA E QUADRIL SEM DOR

PERNA DIREITA COM EDEMA 1/4+ ESCORIAÇÃO E DIFICULDADE EM MOVIMENTAÇÃO

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V28 - MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLÍSSO |
CAPOTAMENTO

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Motivo:

Senha: 1937649

**ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO
POR MEIOS PRÓPRIOS :**

Dr. JOSÉ AUGUSTO CALAFELL ROIG TIBURCIO DE M
CRM: 22475

Dr. José Augusto Calafell
Médico
CRM-PE 22475

Esta conta deverá ser paga com recursos públicos.

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

RG nº 5105361, data de expedição 02/02/2015, Órgão SSP/PE

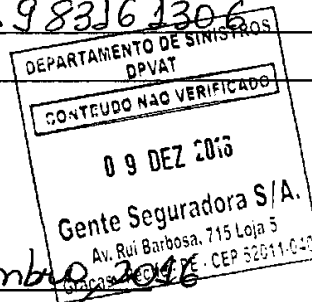
CPF nº 036.590.124-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. BELEM DE JUDA</u>
Número	<u>Nº 58</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>DOIS CARNEIROS / CAVALTEIRO</u>
Cidade	<u>JABOATÃO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54290-000</u>
Telefone de Contato	<u>81 3126 1167 . 81 98316 1306</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 22 de Novembro, 2016

Assinatura do Declarante: Alexandre Luiz da Conceição





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE FATURAMENTO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANDREZA CARLA DE MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BELEM DE JUDA 58

CPF 047.333.034-24

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MonofásicoDOIS CARNEIROS/CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54.790-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
001118967	ÚNICA	12/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/07/2018	2002808891	1732584

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4000522207	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PAGAMENTO
19/07/2018	11/08/2018
TOTAL A PAGAR	14,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,49372450	14,86
Multa por atraso-NF 001065339 - 10/08/18			0,27
Juros por atraso-NF 001065339 - 10/08/18			0,08

TOTAL DA FATURA

14,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
312122232	CAT	18/08/2018	33,00		12/07/2018	33,00		32	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
Jul 18	30		ICMS		
Jun 18	30		PIS	14,81	1,37
Maio 18	30		COFINS	14,81	7,25
Apr 18	30				
Mar 18	30				
Fev 18	30				
Jan 18	30				
Dez 18	30				
Nov 18	30				
Out 18	30				
Set 18	30				
Ago 18	30				
Jul 18	30				

33A9 D224 NF5A B024 D159 2A00 6CF4 7C54

NOTA DE FATURAMENTO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA. Mais informações em www.celpe.com.br. Pagamento em até 30 dias após a emissão. Multa 2% (dois por cento) sobre o valor devido, no primeiro mês de atraso, e 0,5% (meio por cento) por mês subsequente de atraso, até o limite de 20% (vinte por cento) do valor devido. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a medição correta do consumo. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a medição correta do consumo. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a medição correta do consumo.

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
0,00	Consumo Ativo (kWh)	0,00	Consumo Ativo (kWh)	0,00

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com as respectivas consequências legais. Este comunicado não substitui o aviso de débito anterior, bem como não altera o valor em discussão, sendo que o mesmo poderá ser alterado após a análise do processo.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TENSÃO NOMINAL (V)

LIMITE DE VARIAÇÃO (V)

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

LIMITE DE TENSÃO

CAIXA L

CAIXA Loterias

13 VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às

203-564471414-0

21/Jul/2016

HORA DF 11:34:15

LDT. 15.14143-2
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0045

TERM 01640

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 14,86

838000000009 148600110045
000522207103 040898440431

203-564471414-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-0-0

04/08/2016

::Via para Pagamento de Conta de Energia



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grup

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065943-93



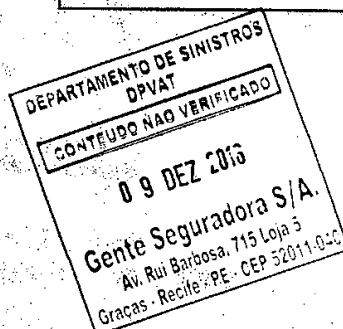
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE GISELLE VALENCA DE MEDEIROS	DATA DE VENCIMENTO 04/08/2016	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/07/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 28/07/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 002683800	CONTA CONTRATO 2525983016 CLASSIFICAÇÃO COMERCIAL Monofásico B3
ENDEREÇO RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR-AP-104 - COND-EDFR SIGMA TRADE CENTER -ILHA DO LEITE/RECIFE -50070-490 RECIFE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 163,62		
PERÍODO CONSUMO 21/06/2016 a 21/07/2016	CONSUMO 214		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 35,65			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 2525983016	MÊS/ANO 07/2016	TOTAL A PAGAR R\$ 163,62	VENCIMENTO 04/08/2016	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


http://autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&ddivi... 1/1


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 10:48:48
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090210484809800000066078741>
 Número do documento: 20090210484809800000066078741

Num. 67364250 - Pág. 12



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

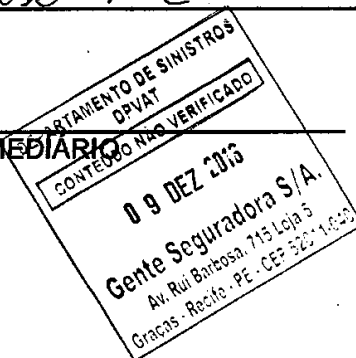
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Givelle Valmeia de Medeiros, portador(a) do RG nº 2.574.273, expedido por SSP PE, em 12 / 11 / 1985, CPF/CNPJ nº 033.249.034-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Luiz da Conceição do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Alexandre Luiz da Conceição, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso - me Renda Mensal: R\$ Recuso - me

Documentos comprobatórios: Recuso - me

Givelle Valmeia de Medeiros
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



0740P 1046

FEMG.10
10 34

Assinar e Carimbar a Guia do Convênio

RE: **ATENDIMENTO EMERGÊNCIA**

Processo: **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**

☐ Dor ☐ Outros: **0008**

* Caso pr: **modifique, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.**

Horário: **h**

QUEI: **PA**

SSVV: FR

SATURACÃO O2

TEMPERATURA

DOR () SIM () NÃO LOCAL

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não **Tabagismo** ☐ Sim ☒ Não

DM ☐ Sim ☒ Não **Etilismo** ☐ Sim ☒ Não

Alergias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Outros:

Medicamentos em uso

Ass. Enfermagem: **Neg**

Horário do início do atendimento médico: **h**

H.D.A. **Bom dia vítima de acidente de moto há 9 horas**
negando a consulta com os veículos
apresentando fratura dos ossos do braço D. no braço
esquerdo no local, negando outros episódios

Asma/DPOC ☐ Sim ☒ Não **Angina/IAM** ☐ Sim ☒ Não

AVC ☐ Sim ☒ Não **Dist. coag.** ☐ Sim ☒ Não

Convulsões ☐ Sim ☒ Não **Neoplasia** ☐ Sim ☒ Não

IRA/IRC ☐ Sim ☒ Não **Uso de QT** ☐ Sim ☒ Não

Internamento últimos 60d ☐ Sim ☒ Não

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 60d ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Cirurgias prévias ☐ Sim ☒ Não

Quais: **DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

Exame físico

Geral: Temperatura °C **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

ORL: **09 DEZ 2018**

AR: FR irpm **Gente Seguradora S/A.**

ACV: PA / mmHg FC bpm **Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5**

ABD: **Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-000**

SN: **Primes de lesões no braço**

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- **Fratura dos ossos do braço D.** CID 10:

2- CID 10:

Ass. Médica:

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia



Nome: Alexandre Luiz da Conceição Registro: 1158797
Data da Cirurgia: 13/06/16 Início: _____ Término: _____ Leito: _____
Cirurgião: Dr. Daniel Campos 1º Auxiliar: Dr. Thiago Tavares
2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____ Instrumentador: Ediane
Anestesista: Merella Tavares

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de bacia direita

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de bacia + osteotomia de Joelha + Linoplastia da tábua patelar
Cirurgia Realizada: A mesma

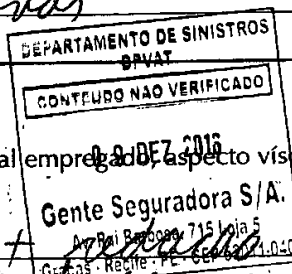
Relatório imediato do patologista: Ø

Exame radiológico no ato: Interrupção
Intercorrências durante a cirurgia: Necessidade de abrir o foco de fratura pois tinha partes moles interpostas

Descrição Cirúrgica

Via de acesso, tática e técnica, ligaduras, drenagem, sutura, material empregado, aspecto vísceras.

- 1) Paciente em DDH + raquimortuus +
- 2) Injeção + anti-espasmo + reposição de campos e drenagem
- 3) Incisão em face anterior de Joelha br de + com + drenagem por planos + osteotomia de Joelha + expansão de placa fixada
- 4) Introdução de fio guia em platô lateral + furo da porção proximal da oxa com moles
- 5) Incisão em região anteroposterior de perna por na região da fratura + drenagem por planos + redução de partes moles de fratura de bacia + redução de fratura
- 6) Drenagem da canal medular
- 7) Introdução de haste de bacia Taurus 101 350 + Spondilopexia de bloqueio + tampão
- 8) Fechamento do bacia patelar + reparo de tumores



☐ ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Irresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso (ECG), anafilaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, afásico, dor no peito com sudorese /palidez, instabilidade, hemodinâmica.
☐ ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confusão letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica ectável, QT com febre, intoxicação exógena.
☐ ES3	2 ou mais recursos
☐ ES4	1 recurso
☐ ES5	Nenhum recurso

Exames solicitados

☐ Laboratório ☐ ECG ☐ LCR ☐ TC ☐ RMN ☒ Radiografia *Sên. 2* ☐ USG
☐ Hematologia ☐ Bloquímica ☐ Gasometria ☐ Coagulograma *Trans*

Resultados de exames solicitados

Laboratoriais:

horário realização:

USG:

horário realização:

TC:

horário realização:

RMN:

horário realização:

Radiografia:

horário realização:

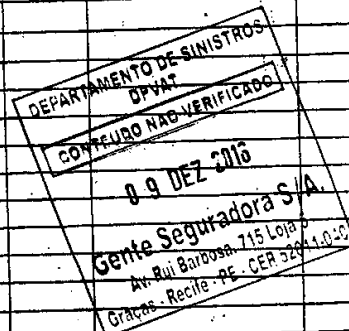
ECG:

horário realização:

LCR:

Prescrição

Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico	Hora Adm.	Técnico
11:15h	① Tranquil 100g	100g	SF 0,9%	BU	Dr. Lucas H. G. de Medeiros	12:00	DM
	② Tranquil 100g	100g	SF 0,9%	BU	Ortopedia e Traumatologia	13:00	DM



ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nascimento: 03/06/1979 - 37a0m8d
 Reg. 1168714 - P. 000350195
 UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
 Matrícula: 9940018506717001
 N. Soc:



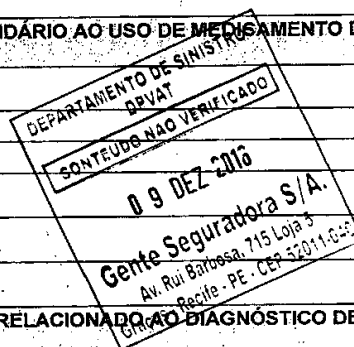
Leito: URGEM

REDE OR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL				 ESPERANÇA
	Elaboração 06/11/2014	Efativação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					

NOME	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
DATA	13/06/16
REGISTRO	
LEITO	
DIAGNÓSTICO	F. de TIBIA

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
 Reg: 1158797 - Pcon: 000350195
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
 Matrícula: 05940018506717001
 V. Soc:  Leito: 220-B

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN	
CD: ☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08 11 14 17 20 23 02 05 08 11 14 17
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGÚRICOS	
CD: ☐ SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, EVIDENCIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS ESCALA DE MADOX.	
CD: ☒ TROCA DE AVP A CADA 72h	INT 11/06 TROCA 14/06
☐ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.	
☒ VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.	
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:	
CD: ☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).	
☐ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____	
☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.	
☐ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.	
RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA	
☐ CLORETO DE POTÁSSIO.	
☐ CLORETO DE SÓDIO 20%.	
☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.	
☐ ADRENALINA.	
CD: ☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA.	
☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).	
RISCO DE HIPOGlicEMIA / HIPERGLICEMIA / COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.	
CD: ☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.	
☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.	
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DÍSFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:	
CD: ☐ MANTER CABECEIRA A 45°	07h - 19h 19h - 07h
☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.	
☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.	
☐ MANTER O USO DE PERIOGARD EM PACIENTE TQT.	



Anotações da enfermagem

paciente atendido pelo ortopedista na urgência, punção do com autoagulador nº 20, sênio e outro nº 20 com sênio + ivipine em KSB medicado conforme prescrição de Dr. Lucas M. G. de Medeiros. segue as cuidados da enfermagem - **Dr. Lucas M. G. de Medeiros**
Téc. Enfermagem
COREN-PE 225738

Luva Proc (Par): 02 Equipa Simples (Unid.): 01
Luva Estéril (Par): _____ Equipa p/ Med (Bic): _____
Capote: _____ Seringa 10cc: _____
Fraldão: _____ Seringa 5cc: 02
Algodão Hidrof (Pac. 100g): 02 Seringa 3cc: _____
Aguilha 13x4,5: _____ Seringa 1cc: _____
Aguilha 25x2: _____ Cateter Autoguard Nº: 20(02)
Aguilha 25x2: _____ Pinfix: _____
Aguilha 25x1,20: _____ Iv Fix: 01
Aguilha 40x12: 02 Microclau: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

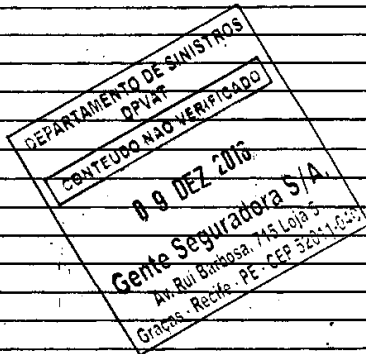
Reavaliações

HORA:

HORA:

HORA:

HORA:



Diagnóstico final do serviço de emergência

1 - CID 10: _____
2 - CID 10: _____
3 - CID 10: _____

Horário de Conclusão do atendimento _____ h

Destino do paciente

☐ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência _____
☐ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento ☐ Encaminhamento a outra especialidade _____

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 20.250

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)



Hora	Rotações de enfermagem - Diurno
08:00	Recebo paciente em EGR, Consciente, orientado, afilável, eupneico, sem insuflação, restrito no leito, e 1 AUP hidrolizado, em dieta zero p/ procedimento cirúrgico, se qui aguardando o bloco.
12:45	1 ^o plant. Retorno do B. e Consciente, Orientado, dieta liberada após efeito anestésico, AUP H2O 500ml estabelecido, segue aos cuidados.
14:00	Medicação conforme prescrição.
18:00	Medicação conforme prescrição.
	Segui aos cuidados. - Sueli

RECEBIDO DE SUELI ROS
 09 DEZ 2019
 Geni Seguradora S/A
 Rua R. Gomes 115, 1005
 Curitiba, PR - CEP 81221-121

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações enfermagem - Noturno
18:00	Paciente em EGR, Consciente, orientado, afilável, eupneico, sem insuflação, restrito no leito, e 1 AUP hidrolizado, em dieta zero p/ procedimento cirúrgico, se qui aguardando o bloco.
20:00	Paciente medicado conforme prescrição.
22:00	Paciente medicado conforme prescrição.
02:00	Paciente medicado conforme prescrição.
04:00	Paciente medicado conforme prescrição.

Joyce Dutra
 Tec. Enfermagem
 COREN 142602

Nome técnico de enfermagem / COREN





PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.INS.22

DATA: 14/06/16

PESO: _____ Kg

Nome:

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/05/1979 - 37a0m9d

Reg: 1156797 - Pront: 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

N. Soc: _____

Leito: 220-B

Re:

Dat

Hora:

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE ENVIADA

EM 14/06/16

As 18:36 hs

ADM: Gize

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:
(ESPAÇO PARA MÉDICOS E
NUTRIÇÃO)

Auto livre

CHEGAR

CHEGAR

CHEGAR

HORA DO

RISCO

HORA DO

VENCIMENTO

SND

1ª ETAPA

2ª ETAPA

ITEM

NOME DA MEDICAÇÃO

DOSE

VIA

INTERVALO

APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO

1

Telco hidratado

2

cefalotina 1g

1 Fa

IV

6/6h

manter

3

dipirona 1g

2 ml

IV

6/6h

08/14 20 02

4

Prophed 100mg

1 amp

IV

12/12h

08/14 20 02

5

Faramin 100mg

1 amp

IV

8/8h

06

6

Zofran 4mg

2 ml

IV

8/8h

SIN SIN

7

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

SIN SIN

8

MID elevada

1 amp

SC

24/24h

23

9

Curatino

1 amp

SC

24/24h

ciente

10

Selo manipulados

1 amp

SC

24/24h

ciente

11

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

ciente

12

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

13

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

14

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

15

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

16

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

17

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

18

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

19

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

20

Clorazepate 4mg

1 amp

SC

24/24h

Guaripico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-000Sintomas
Guaripico
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 020.902.104.840.980.000.006.607.874.1Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 2013

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGADA

ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGADA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 10:48:48
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021048409800000066078741
Número do documento: 2009021048409800000066078741

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
07h	Recellio plantão, a paciente com EGR, consciente, orientado, eupneico, afilável, normotensa, normofrequência, com A/P em MSE em diálise, deambula com ajuda de muletas segue do cuidados.
08h	Adm. Cefalotina + dipiridona CPM. Afetado SSV.
12h	Funcionado com o2 autoguard N:20 O1 com seio e sem seio + tequadura + polifito.
14h	Adm. Cefalotina + dipiridona CPM. Afetado SSV.
18h	Adm. profenid CPM, segue sem queixas no momento.

09 DEZ 2016

Geni Seguradora S/A

Av. das Américas, 11500-3

Gratuito 0800 700 000

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
	Recellio plantão, a paciente com EGR, consciente, orientado, em repouso no leito, p/ curativo em MTD, e/ A/P em MSE + hidratação SSV, normotensa sem queixas no momento, p/ segue dos cuidados da equipe de enfermagem. — 11 Duely
	Obs. Porteece de alta hospitalar, e a 20h 20:20 deixa a unidade, sem alterações e bem intercorrências, Duely

Nome técnico de enfermagem / COREN Duely Souza 564945



	TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002	F.MTN.04
---	--	----------

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
 Reg: 1458797 - Prof: 000350195
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
 Matrícula: 09940018506717001
 N. Soc:



Leito: 220-B

Parte 1. Triagem inicial		Sim	Não
1	Paciente apresenta IMC < 20,5?	X	
2	Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		X
3	Houve redução na ingestão de alimentos na última semana?		X
4	Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI?		X

Sim: se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.

Não: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2. Triagem do risco nutricional

Estado nutricional		Gravidade da doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado nutricional normal.	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades nutricionais normais.
Leve (Pontuação 1)*	Perda de peso > 5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)*	Fratura de quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); diabetes, câncer; hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)*	Perda de peso > 5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar abaixo de 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)*	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas-hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)*	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou; IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)*	Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).

Escore total = 2

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade >= 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Pontuação >=3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.

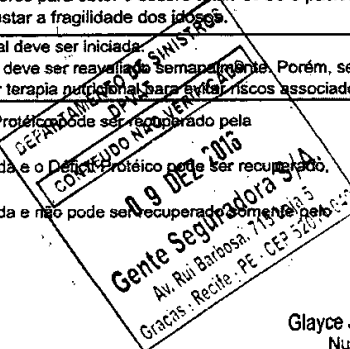
Pontuação <3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

*Pontuação = 1: a necessidade proteica está aumentada, mas o Déficit Proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

*Pontuação = 2: a necessidade proteica está substancialmente aumentada e o Déficit Proteico pode ser recuperado, na maior parte dos casos, com o uso de suplementos orais/dieta enteral.

*Pontuação = 3: a necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperado somente pelo uso de suplementos orais/dieta enteral.

Fonte: Kondrup et al, 2003.



Glauce Janna Bezerra
 Nutricionista
 CRN6 8535

Nutricionista

Elaborador: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL





FICHA DE ANESTESIA

URGÊNCIA
F.ANS.01

Data: 13.06.2016

Acomodação: ENF.

Paciente

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

Pro est. de fratura de tíbia ①

08:40h

09:40h

10:40h

Drogas usadas

Quantidade

O₂N₂O

Líquidos

SaO₂ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d

Reg: 1158797 - 2016 - 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

N. Soc:

Leito: 220-8

Técnicas Anestésicas

Saguiamense
Pete sentado,
primeiro plano
após curvo
26G, 13-24, 4G
P.e. final 1/
intercorrente

Monitorização

☒ Cardióscópio☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Estet. Pré-cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Entubado

Destino

☒ SRPA☐ UTI☐ Externo☐ Apart./ Enf.

Caso encaminhamento para apartamento:

Paciente preenche critérios de alta SRPA?

☐ SIM☐ NÃO

Escore de Aldrete:

Intercorrência:

☒ NÃO☐ SIM

Descrever:

Observações:

Verificação do funcionamento antes do procedimento:

Carro de Anestesia

☒ SIM☐ NÃO

Material de Assistência Ventilatória

☒ SIM☐ NÃODra. Mirella Tavares
Médica Anestesiologista
CPF: 028.032.074-10
CBO - 225104

FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA

01

Data: 13/06/16 Hora: 11:00

ASA: 1

Internado: ☒ Sim ☐ NãoUrgência: ☐ Sim ☒ Não

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10a

Reg: 1158797 - Pront: 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

N. Soc:



Leito: 220-B

Patologias prévias e medicações em uso:

Intercorrências no transoperatório:

Parâmetros na saída da SO e evolução na SRPA

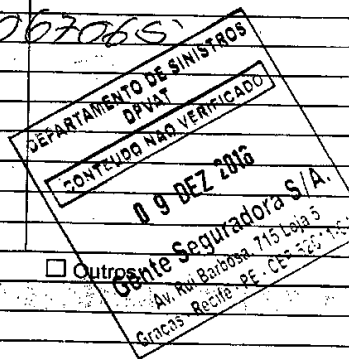
Hora/Parâmetro	H: 11:00 ADMISSÃO	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: 12:30 Alta SRPA
PA	132x64								110x66
SpO2	99%								99%
Consciência	Desperto								Desperto
Atividade	Resposta a MMII								Resposta a MMII
Respiração	Espontânea								Espontânea
Freq. Resp.	-								-
Diurese	Espontânea								Espontânea
Freq. Card.	81								77
Aval. Numér. DOR	-								-
Temp °C	36,1								36,1

Evolução Médica:

Paciente admitido para SRPA após Resuscitação. No momento 50% espontânea, mantendo resposta a MMII e espontânea sem queixas. Resposta a MMII em MMII. Mantendo Vigiência.

Prescrição Médica:

Monitorização / Medicação	Horário	Enfermagem
1. Monitorização	11:00	
2. Suplementar 2 500 4931	11:06 7065	
Re 500 ml 11 KM		
Assistência	11:00	

Uso de: ☒ Manta térmica ☐ Meias elásticas ☐ Compressa gelo curativo ☐ Outros

Intercorrências:

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

Desperto, sem queixas, estável, sem náuseas. Aldrete 12 - Betão 100%.

Alta Médica da SRPA: Data: 13/06/16 Hora: 12:30 Destino: ☒ Apt/Enf. ☐ UTI ☐ Residência

Assinatura / carimbo

Escala de Aldrete e Kroulik modificada

em	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
Atividade		Respiração		Consciência		Circulação (PA)		SpO2	
ave 4 membros	2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	±20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
ave 2 membros	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	±20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 10:48:48

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021048480980000066078741

Número do documento: 2009021048480980000066078741

Num. 67364250 - Pág. 25


ESPERANÇA
R E C I F E

F.JNS.50

NOME COMPLETO: Alexandre Luiz da Conceição
DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1
REGISTRO:
DATA DA ADMISSÃO: 11/06/16

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1158714 - Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matricula: 9940016506717001
N. Soc:



Leito: URGENTE

MÉDICO ASSISTENTE: MA: Dr. Antônio Pinto FONE: _____

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Ex dos Amos da Berra (3)

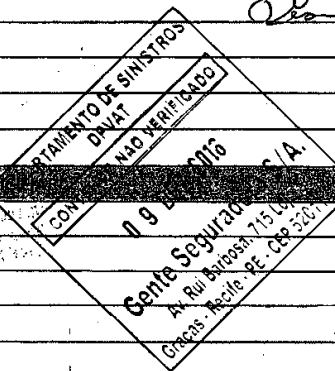
PHONE:

H.D.A.:

Paciente vítima de acidente de moto
há 2 dias, não perde a consciência, vomita
e vômitos. Orelha do esquerdo - peso ①
e deformação nos ossos Externos e Externos no Nariz
No Os operando Externos do nariz do
osso da Base ①

AR: FR _____ irpm SaO_2 : _____
 TEMPERATURA: _____ $^{\circ}\text{C}$
 ACV: PA _____ / _____ mmHg FC _____ bpm
 ABD:
 SNC:
 EXTREMIDADES:

Don 2- polypore
+ Dryadobates
^ Dryadobates



Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO	
Aprovador:	ADRIANA PASSOS	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão:	03/09/2014	Revisão: 0

Página: 1 de 2

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 20.220





ESPERANÇA
RECIFE

ADMISSÃO

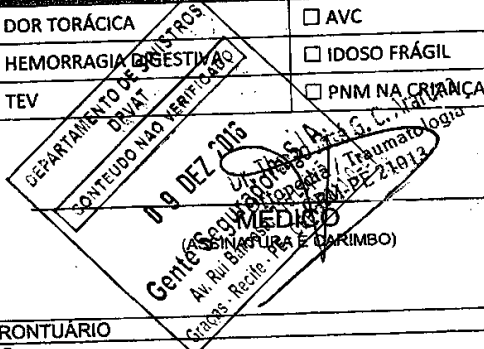
F.INS.50

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO	
NOME:	Alexandre Luiz da Conceicao	Nasc:	03/06/1979 - 37a0m3d
IDADE:		Reg:	1156797115 - Front: 0003501334
REGISTRO:		UNIMED RECIFE/PL - Sexo:	M
DATA DA ADMISSÃO:	11/06/16	Entrada:	11/06/2016 - Hora: 14:49
		Matricula:	09940018506717001
		V. Soc:	
		Leito:	220-B

ANAMNESE		FONE:
MÉDICO ASSISTENTE:	Dr. Ramil Campos	
QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO:	Dores no pescoço	
H.D.A.:	Dores no pescoço há alguns meses após acidente de moto	

AR:	FR	irpm	SaO ₂ :		
TEMPERATURA:		°C			
ACV:	PA	/	mmHg	FC	bpm
ABD:					
SNC:					
EXTREMIDADES:	Deformidade + edema + contusões em membros				
RECB:	9				
Tratamento de 15 dias					
Tratamento completo de fratura de braço					

☐ SEPSE	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA GINECOLÓGICA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☐ TEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA



Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO						
Aprovador:	ADRIANA PASSOS						
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE						
Data da Emissão:	03/09/2014	Revisão:	00	Data da Revisão:	03/09/2016	Página:	1 de 1



- Ex dos Oms do Pens. D
- Ex definições de F.INS. D

Intervenção para Instalação Amigável

☐ SEPSE	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC	☐ ITB
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA DIGESTIVA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS	
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☒ XEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA	
☐ USG	☐ TC	☐ RM	☐ ECO	☐ EDA
☐ BRONCOSCOPIA	☐ LABORATÓRIO	☐ CINTILOGRAFIA	☐ SWABS DE VIGILÂNCIA	
☐ ISOLAMENTO DE CONTATO		☐ ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO		☐ PADRÃO
☐ DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS		
☐ ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):			

DEPARTAMENTO DE
CONTROLE DE QUALIDADE
09/09/2016
Lucas M. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 220
Cirurgião
Gente Médica
(ASSINATURA E CARIMBO)

Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO		
Aprovador:	ADRIANA PASSOS		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão: 03/09/2014	Revisão: 01	Data da Revisão: 03/09/2016	Página: 2 de 2



ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8c
Reg: 1158714 - Prot: 000350195
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matrícula: 9940018506717001
N. Soc:
Leito: URGEM

Data/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

14hs.
11/06/16
Paciente deu entrada neste
serviço encaminhado da
UPA após queda de moto ba-
tares. com queixa de dor
+ ferimidade em perna (D) + escoriações
pelo corpo. Megal TC, perda de consciência
e trauma em coluna. Realizou
Rx e imobilização em H.D. Após resul-
tado solicitado internamento cirúr-
gico. H.D: Fratura de tibia (D). segue
com GBE, consciente, orientado, ssu e
afebril, eupneico, hidratado, curado,
medicação, com H.D imobilizado,
em repouso no leito. segue com reali-
zação de exames pré-op. para serem rea-
lizados no internamento. Risco e condi-
ta em anexo.

ROM Zúñiga
Especialista
09/07/2016

12/06/16
16:20h

SOV - Fratura de tibia na
paciente com sem queixa
e colateral, curado, eupneico
Edema moderado.
Realiza repouso absoluto
(N: ligadura pré-op)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Recife - PE CEP 52014-000

RM-PE 21019
Especialista / Traumatologista
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

11
06

Carimbo e Assinatura

16

Fratura de tibia (D)
S. curado, consciente
MEEN (H.D) em H.D, HFE (D.C) T.G. 1.5m
em H.D em H.D
MEEN curado. Curado H.D em H.D
H.D em H.D
PA:
ECG: normal e FC 100 norm
Assim Consciente em H.D (100%)
norm H.D em H.D / T.G. / T.G. / T.G.

Dr. Carlos Eduardo G. Santos
CRM 11044 - PE
Cardiologista / Internista



ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d
Reg: 1158797 - Pront: 000950195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717003
N. Soc.



Leito: 220-B

ta/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

13/06/16
11:00h

SOX - Nota de evolução
Paciente com fratura de anco-
do femur lux, sendo submetido
à cirurgia e tratamento cirúrgico
com haste presa de bloco bloqueado
Tendo a redução a fratura com parafusos
de polio, por via cármica, além de
fio de sutura, preenchido com material
interpondo, realizando sua retirada
de urgência, com redução a fratura do bloco
no SA

Dr. Alexandre Luiz da Conceição
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24413

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Bairro: Recife, PE - CEP 52011-000

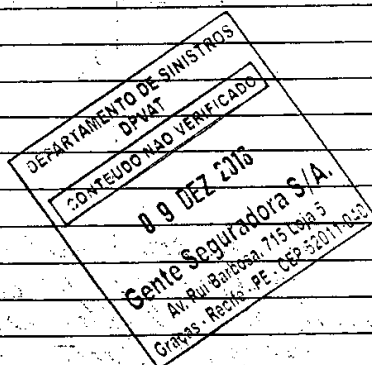


Num. 67364250 - Pág. 31

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
11/06/16	# Enfermagem # Paciente admitido procedente de emergência. Paciente consciente, orientado, verbalizando. Exame físico, em ambiente. Apresento AVP em uso. Com digito UA Direto UA Duase espontâneo presente. Apresento escoriações em todo o corpo. Apresento todo em MID. Realizado exame e realizado parecer cardiológico. Riscos: queda, febre e infecção. Condutas: elevar e trocar gases, trocar AVP e os do fts e começar o AVP - normotensões. <i>Dra. Mariana A. de Sá</i> Enfermeira Especialista Título AMRIBENT COREN 253.357
12/06/16	# Enfermagem # Paciente estável, orientado, resitado ao leito devido a fratura, com imobilização em MID, corado, supino, apneia, dilata o 4, AVP em uso + 14106, dP. Foi o parecer do cardiol, Ag. proceda de cirurgia. Segu as condutas da enfermagem. Risco de queda + febre <i>Curuleb.</i> 365711 DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO DAVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 DEZ 2016 GENE S/A AV. Rui Barbosa, 1000 - Loja 3 Cidade - Recife - PE - CEP 52011-020
12/6/16 13:15H	Assistência Nutricional - Dietista Admissão MO: Fratura da tíbia Paciente consciente, orientado, EGE. Nega comorbidades e alterações alimentares. Sem queixa de náusea e vômito. Evacuações regulares, diurese presente. Exame físico: ausência de massa muscular. Antropometria: Peso 72kg, Altura 1,88m, IMC: 20,3 Kg/m² Diagnóstico nutricional: Eutrofia (ONS, 95) Risco nutricional: Causante (NRS, 02) Nível de assistência: Primária. Meta Nutricional: 2160Kcal e 100g de proteína Conduta: Dieta por via nasogástrica. Gástrica Parâmetros: 7 a 10 dias Obstáculos atuais da dieta. Segue acompanhamento Elaborador: JANNY LEONOR Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE Data da Emissão: 20/01/2011 Revisão: 01 Data da Revisão: 20/01/2012 Gláucia Lages Bezerra Nota: 1 de 1



Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
14/06/16 18:00	801 - A.D.P.C. - <i>prática de tubos</i> - <i>paciente bem, com dor leve em punho na</i> <i>sa exam.</i> - <i>mal cap aberta, corado, unguice, afilado</i> - <i>fo com bom apuro</i> - <i>edema mal</i> - <i>bos pedras perfuro</i> - <i>semelhada, molhada, prurido</i> - <i>paciente de p</i> - <i>CM: alta regular</i> <i>Dr. Thiago da C. A. Falcão</i> <i>Otorrinolaringologista</i> <i>CRM-PE 21813</i>
14/06/16 19h00	<i>Segue de alta hospitalar.</i> <i>Simone Brito</i> <i>Enfermeira</i> <i>CRM-PE 148.172</i>



Elaborador: JANNY LEONOR

Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

Homologador: SISTEMA DE GESTAO DA QUALIDADE

Data da Emissão: 20/01/2011

Revisão: 01

Data da Revisão: 20/01/2012

Página: 1 de 1

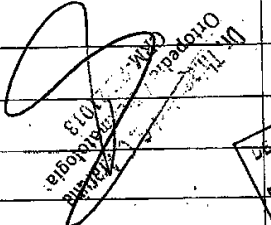
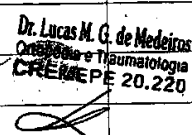




 HOSPITAL ESPERANÇA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	F.JNS.22
--	--------------------------	----------

DATA: ____/____/____ PESO: ____ Kg ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO Nas: 03/06/1979 - 37a0m8d Reg: 1158797 - Pronto: 000350195 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49 Matrícula: 09940018506717001 N. Soc: _____  Leito: 220-B Hora: ____:____:____	CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS : 	CARIMBO ARSENAL: ENVIADA EM <u>11</u> <u>09</u> / <u>16</u> As <u>16</u> <u>06</u> hs. ADM: <i>Paula</i>
---	---	---

DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRIÇÃO)	PRESCRIÇÃO MÉDICA				APRAZAMENTO DA DIETA				
	ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	PACIENTES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL CENTRAL			
						CHECAR	NORA DO INÍCIO	NORA DO FIM	
MEDICAÇÕES	1	Novologina + AD	16	EV	6/6h	18	24	06	18
	2	felos Hidrolisado							
	3	Transol 100g + 100ml SF 0,9%		EV	8/8h	24	06	18	
	4	Profenid + 100ml SF 0,9%	100g	EV	12/12h	24	06	18	
	5	Egon + AD	4g	EV	8/8h	S/N	S/N		
	6	Clonoxone 01mg	2mg	SC	1x/dia	18	24	06	18
	7	Cefotaxima + 100ml SF 0,9%	16	EV	6/6h	18	24	06	18
	8	Pantocid + Dislenti	40g	EV	1x/dia				
	9	SS LV x CC CG							
	10	Soluto Bover endoloxu							
	11	labaraloxu							
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								

MÉDICO (A)	ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGAGEM	ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGAGEM
 Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior CRM: 1158797	 Dr. Lucas M. G. de Medeiros CRM: 20.220	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 DEZ 2015 Gente Seguradora S.A. Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5 FORTALEZA - RECIFE - PE CEP 55011-000



	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL				
	Elaboração 06/11/2014	Efativação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					

NOME	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
DATA	11/06/16
REGISTRO	
LEITO	
DIAGNÓSTICO	F. de T. b. i. o

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
 Reg: 1158797 - Pront: 000350195
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
 Matrícula: 09940018506717001
 N. Soc:

 Leito: 220-8

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO A DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN													
CD:	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h <table border="1"> <tr> <td>08</td><td>11</td><td>14</td><td>17</td><td>20</td><td>23</td><td>02</td><td>05</td><td>08</td><td>11</td><td>14</td><td>17</td> </tr> </table>	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17		
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC OLIGURICOS													
CD:	☐ SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA EVIDENCIADO POR SINAIS FISIOLÓGICOS/ESCALA DE MADOX													
CD:	☒ TROCA DE AVP A CADA 72h <table border="1"> <tr> <td>INT 11/06</td> <td>TROCA 14/06</td> </tr> </table>	INT 11/06	TROCA 14/06										
INT 11/06	TROCA 14/06												
RISCO DE SANGRAMENTO/HEMORRAGIA RELACIONADO A:													
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM). ☐ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____ ☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h. ☐ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DIFUNÇÃO/CONTUSÃO/ASCITE/SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
CD:	☐ CLORETO DE POTÁSSIO. ☐ CLORETO DE SÓDIO 20%. ☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%. ☐ ADRENALINA. ☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA. ☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
RISCO DE HIPOGLUCEMIA/HIPERGLUCEMIA/COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM													
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO. ☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO A SUGAÇÃO DE DIETA POR SNE/GTV/DISFAGIA/IDADE AGIDA DE 65 ANOS OU MAIS													
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 35º-45º ☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N ☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE. ☐ MANTER O USO DE PERIOGARD EM PACIENTE TOX												



Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
	paciente admitido neste setor proveniente da emergência cooperante, orientado, de por V.O. SUP HDT, pac nega alergias medicamentosas, topas, DM II HbA1c 7,1 + insu- línas, SSU estáveis, re- gula aos cuidados 18h pac medicado de ho- rário EPR

Gerente Seguradora S.A.
An. de Seguro: 15.000,00
Código Seguro: 15.000.000

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
D. 012.116
D. 012.116

Nome técnico de enfermagem / COREN

Mirne Amadeu

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
19h	Paciente plantado com paciente em EPR, consciente, orientado, verbalizando, com repouso no leito, eufórico, normotenso, normocefálico, normosférico, com AUP (E) hidratado, fazendo uso de medicação IV, sem queixas no momento, com excitação no corpo e febre de 38,5°C (D). Segue aos cuidados de enfermagem.
20h	Administração da medicação E.P.M.
22h	medicado E.P.M.
24h	medicado E.P.M. e SSU afundos.
06h	Paciente medicado E.P.M. + higienizado
07h	Paciente plantado com paciente em EPR, consciente, orientado, verbalizando, eufórico, apnéico, normotenso, normocefálico, normosférico, AUP (E) em hidratação, higienizado, trocado lençóis, fazendo uso de medicação IV, sem queixas e segue em observação aos cuidados de enfermagem.

Nome técnico de enfermagem / COREN

Rita (TBS-202)





PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.INS.22

DATA: 13/06/16

PESO: _____ Kg

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1158797 - Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N. Soc: _____
D Leito: 220-B
Hora: _____

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE RECEBIMENTO

ENVIADA

EM 12/06/16

A: 16 44 hs.

ADM: Guzu

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA:
(ESPAÇO P/ MÉDICOS E
NUTRIÇÃO)pelo livro, zero a noite
de mais nada

CHECAR

CHECAR

CHECAR

HORA DO

DIETO

HORA DO

VENCIMENTO

1ª ETAPA

2ª ETAPA

MEDICAÇÕES

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	Atos Hidralazida				manter
2	Diprisona 2 ml + 8 ml	2 ml	IV	6/6h	18 24 06
3	1 amp 100	1 amp	IV	8/8h	SIN > SIN
4	Praxid 100	1 amp	IV	12/12h	> 20 08
5	2 amp 4	2 ml	IV	8/8h	SIN > SIN
6	clonaz 40	1 amp	SC	6/6h	(12h) > 17
7	aprilabon 1g	1 FA	IV	6/6h	18 24 06 12
8	Rantolol 40	1 FA	IV	1x/d	06
9	Clofaz 1W			6/6h	gratific
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTINUA NA VERIFICAÇÃO

09 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
Gracas - Recife - PE - CEP 520-1-040

Dr. Thiago S. C. Araújo
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 21013

Fernanda Barbosa
Enfermeira
CRM-PE 273.305

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGADA

ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGADA

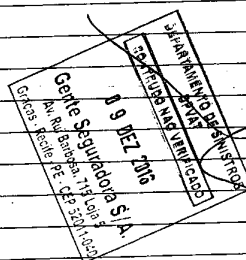
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 10:48:48
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090210484809800000066078741
Número do documento: 20090210484809800000066078741

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
08h	paciente acordou; consciente; orientado; está no leito em uso de fraldas; lucidez; entendação com o meio; regular; estado; hidratado; limpo; afeto; normotensão; normofrequência; no laboratório; no exame físico; está W com boa oxigenação.
09h	Administrado medicação IV com infusão lenta
12h	Administrado medicação IV com infusão lenta
13h	Administrado medicação IV com infusão lenta
16h	Administrado medicação IV com infusão lenta; segue em cuidados com afeição.

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
18h	paciente permanece em repouso no leito com oente orientado; acordado; afeto; normotensão; exame físico; no laboratório; no exame físico; está W com boa oxigenação.
20h	Administrado medicação IV com infusão lenta
24h	Administrado medicação IV com infusão lenta
06h	Administrado medicação IV com infusão lenta; realizado banho no leito com oente acordado; alguns pontos de observação; exame físico; no laboratório; no exame físico; está W com boa oxigenação.

Nome técnico de enfermagem / COREN





PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.JNS.22

DATA: 13/08/16

PESO: _____ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d

Reg: 1158797 - Pront: 000350195

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matricula: 09940018506717001

N. Soc: _____



Leito: 220-B

Hora: 17:00

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL

ENVIADA

EM 13.08.16

A 13.25hs.

ADM: [Assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO DA DIETA							
DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICO E NUTRIÇÃO)	DIETA		DIETA		DIETA				
	DIETA		DIETA		DIETA				
	DIETA		DIETA		DIETA				
Leito branco após recuperação cirúrgica		Glucose 50g/500ml		SND		1ª ETAPA		2ª ETAPA	
ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO				
1	SE0,9%	1000ml	IV	em 24h	2ª ETAPA				
2	Cefalotina 1g	1g	IV	6/6h	1ª ETAPA				
3	Dexamet 500mg/ml	1g	IV	6/6h	1ª ETAPA				
4	Prapromid 100mg	1amp	IV	12/12h	1ª ETAPA				
5	Trombol 100mg	1amp	IV	8/8h	1ª ETAPA				
6	Zefran 4mg	2ml	IV	8/8h	1ª ETAPA				
7	Clexon 40mg	1amp	SC	24/24h	1ª ETAPA				
8	MID clorada				ATT				
9	CC6615W			6/6h	grafica				
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Dr. Thiago C. Araújo
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 21013Enfermeiro
COREN-PE 274

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGADA

ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGADA

Assinatura	Assinatura	Assinatura
Assinatura	Assinatura	Assinatura
Assinatura	Assinatura	Assinatura



REPÚBLICA DE PERNAMBUCO
MINISTÉRIO DE DEFESA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PASSAPORTE
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALEXANDRE LOIZ DA CONCEICAO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5105361 88P PE

CPF 036.590.124-59 DATA NASCIMENTO 03/06/1979

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO

BEVERINA LUIZA DA CONCEICAO

PERMISSÃO ACC CAT. HNS
AD

Nº REGISTRO 00570997223 VALIDADE 29/01/2020 HABILITAÇÃO 30/03/1999

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL RECIFE - PE DATA EMISSÃO 02/02/2015

ASSINATURA DO EMISSOR 61199540920 PE064628582

OUTRA DA PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1020050938

PROIBIDO PLASTIFICAR 1020050938



Genio de Registro S. A.
Rua da Bahia, 100
10120-000 Recife, PE





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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
473953700

NOME: GISELE VALENCA DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2574273 SSP PE

CPF: 633.249.034-91 DATA NASCIMENTO: 20/10/1966

FUNÇÃO: SOLOM DE MEDEIROS

FILHO: MIRIAM VALENCA DE MEDEIROS

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB: B

Nº REGISTRO: 03961616101 VALIDADE: 28/10/2026 1ª HABILITAÇÃO: 12/11/1985

OBSERVAÇÕES:
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR: *Gisele Valenca de Medeiros*

DATA EMISSÃO: 31/10/2011

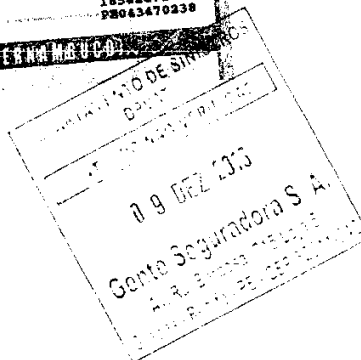
LOCAL: RECIFE - PE

ASSINATURA DO EMISSOR: *Luiz Carlos*

18542471121
PB043470238

PROIBIDO PLASTIFICAR
473953700

SANTANA PERPETUAÇÃO

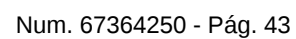


PEPPERMAN (C)

INSTITUTO DE SINISTROS
COMPTON

09 DEZ 1973

Gente Seguradora S.A.
A.R. BRUNO MULLER
RUA DE JESUS 100





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 012300193770	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	551555270	*****	2016
NOME			
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO			
JAB GUARARAPES-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
036.330.124-59		KIF5791	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** / PE		9CEXDU540DR145961	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
BIC / MOTOCICLETA		ALCO / GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / NXR150 BROS E3D		2013	2013
CAP / PCV / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
29/149CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IP LEVA 2013 QUITADO		1ª	*****
FAIXA I.P.V.A.		2ª	*****
PARCELAMENTO / COTAS		3ª	*****
A 1	*****		
PREMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. BANCO MONDA SA			
LOCAL		DATA	
JAB GUARARAPES		10/04/16	

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa 115 L1115
Bairro: Rio de Janeiro - RJ



Declaração



Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO RG, 5105361 SSP/PE
CPF 036.590.124-59, declaro que após ter sofrido acidente provocado por
veículo automotor de via terrestre em 12/06/2016 fui socorrido por
POPULARES, Telefone () _____
e Levado ao Hospital UPA

Declaro que além da documentação médica apresentada não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc. da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial da delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

'Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado'.

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer conforme o Art.299 do código penal.

'Art. 299 - Omitir em documento publico ou particular declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato jundicamente relevante.

Pena reclusão de 1(um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é publico e reclusão de 1(um a 3(três) anos, se o documento e particular'.

Local, Recife, 22 de Novembro, 2016, UF PE, Data 22/11/16

Alexandre Luiz da Conceicao



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160737933

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do acidente: 11/06/2016

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50%

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

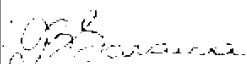
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160737933

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do acidente: 11/06/2016

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada da tíbia direita com laceração de partes moles da perna direita

Descrição do exame médico pericial: Ao exame apresenta encurtamento de 4 cm e hipotrofia importante do membro inferior direito atrofiado, deambula com uso de muletas

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos e fisioterapia

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Henrique Moreira

CRM do médico: 2445

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

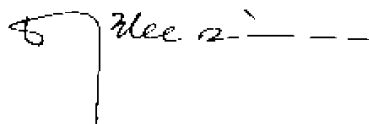
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Alexandre Luiz da Conceição
Brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: chef. de Transporte
RG nº 5105361, CPF/MF 036590124-59, com
endereço residencial na AV Belem de juda N:58
22air carneiros/cavalheiros
falestao dos guararapes - PE

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2.574.273 / SSP / PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, nº 105, Sala 104, Edf. Sigma, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.



12 de agosto de 2016

Alexandre Luiz da Conceição

outorgante

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejipió - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3251-1111
Percebeo por Autenticidade a firma indicada de (3508201601.01025) 1
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Houve fe.
Recife, 12 de agosto de 2016. En testio
Felipe Henrique Monteiro da Silveira - Escrevente Autenticado
Ecol.: R\$ 3,63 - TSMR: R\$ 0,73 Total: R\$ 4,36
** Selo: 0073478.YSR08201601.01025 **
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO** Sinistro: **3160737933** Data: **11/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R BELEM DE JUDA, 58 - DOIS CARNEIROS - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PI**] **5105361**

Data local do exame: [**27/12/2016**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura fechada da tíbia direita com laceração de partes moles da perna direita. Ao exame apresenta encurtamento de 4 cm e hipotrofia importante do membro inferior direito atrofiado, deambula com uso de muletas

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos e fisioterapia

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Antonio Henrique Moreira - CRM: 2445 - PE

