



Número: **0041570-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA (AUTOR)	HILTON PEREIRA DE LIMA JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68968 448	02/10/2020 15:52	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, 04 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274483

Vítima: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

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, contados 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 15999835

Pag. 01267/01268 - carta_01 - INVALIDEZ

00010629





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, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274483

Vítima: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003250-6

Conta: 0000017230-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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. 003F100372 - cartão_10R - INVALIDEZ

00020106





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Selecione (V) a(s) opção(ões) de cobertura: DIÁRIA (COMPENSAÇÃO DE AUSENCIA MÉDICA E SUPLENÇÃO) INVALÍDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do contrato do AS: _____ 3 - CPF do segurado: _____ 4 - Nome completo do segurado: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DADOS DE PESSOA RESIDENTE EM PESSOA FÍSICA (V) NÃO RESIDENTE EM PESSOA FÍSICA (V) NÃO RESIDENTE EM PESSOA FÍSICA (V) NÃO RESIDENTE EM PESSOA FÍSICA

5 - Nome completo: **EKLISON OLIVEIRA DA SILVA** Nº do contrato: **133 287 704 53**

7 - Profissão: _____ E - Endereço: **RVA DIAMANTINO** V - Número: **44** D - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **COHAB** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51340-550**

15 - Contato: **81-99323-3228**

2 - VALORES DO RESCISÓRIO EM CASO DE MORTE, TUTORIA E CURATELARIA PARA VITIMAS/INTESSUATÓRIOS (VALOR EM R\$) - INDIQUE O VALOR DE SEU ESCOLHO

17 - Nome completo do Rescisor (ante Legat): _____ 18 - Profissão do Rescisor (ante Legat): _____

EXIBIR (ou seja, todos) os RNS de CHECK, emitido no endereço acima informado, conforme comprovante anexado (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: R\$0,00 A R\$1.000,00 R\$1.000,00 A R\$2.000,00 R\$2.000,00 A R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - UTILIZA SERVIÇOS: SERVIÇOS DE SAÚDE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO SERVIÇOS DE TRANSPORTE SERVIÇOS DE ALUGUEL SERVIÇOS DE ALUGUEL DE VEÍCULO SERVIÇOS DE ALUGUEL DE IMÓVEL

CONTA POUANÇA (conforme com o contrato de abertura em nome do titular) CONTA CORRENTE (ou seja, corrente)

Nome do Banco: **COI - BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: _____ CONTA: **3250 6** 17230 8

Atenção: a Seguradora não credita na conta bancária informada, o valor da indenização referente ao Seguro DPVAT, caso o beneficiário não compareça a retirar o valor em até 60 dias, a partir da data de emissão do documento de indenização.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAL SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALÍDEZ PERMANENTE

Deixo, sob as penas da Lei, que está imposta de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) em nome da seguradora de seguro DPVAT, em nome do segurado, a saber:
 a) Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou
 b) O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
 c) O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo.
 Declaro a procedência 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 não submeter à análise médica posterior, caso houver ou, no caso de legítima dúvida para verificação de existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por terceiro, confirmo a renúncia ao art. 514 do CC.
 Declaro que esta renúncia não afeta a minha responsabilidade civil e minha obrigação jurídica de indenizar o direito do condutor e passageiro eventual, caso ocorra de meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAL SOMENTE PARA COBERTURA DE ACIDENTE

23 - Estado civil do segurado: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de início do seguro: _____

25 - Causa de falecimento (se houver): _____ 26 - Número do processo (se houver): _____ 27 - Se a última declaração de vida, informada e correta completa: Sim Não

28 - Nome completo do segurado: _____ 29 - Nome completo do beneficiário: _____ 30 - Nome completo do beneficiário: _____ 31 - Nome completo do beneficiário: _____ 32 - Nome completo do beneficiário: _____ 33 - Nome completo do beneficiário: _____

Este documento de vida e legítima do segurado, caso devida, é emitido em nome do segurado e não em nome do beneficiário, que se responsabiliza por este documento, emitido de acordo com a legislação em vigor, e não se responsabiliza por este documento, emitido de acordo com a legislação em vigor, e não se responsabiliza por este documento, emitido de acordo com a legislação em vigor.

34 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a cargo): _____

35 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a cargo): _____

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): _____

37 - Nome: _____ 38 - CPF: _____

39 - Nome: _____ 40 - CPF: _____

41 - Local e Data: _____ 42 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): _____





Eridson Oliveira Da Silva

Banco: 001 - BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 3250

Conta: 17230-8







**DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE**

Nº / ANO
PE-501/20



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



5978 - TOLLE
AUTOCAR - SUSTA-3
SERVIÇO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO SEM ANEXO

Município	OLINDA			Rodovia	PE-015	Km		
Ponto de Referência	EM FRENTE A UPA DA TABAJARA						Data	31/01/2020
Dia da Semana	SEXTA-FEIRA	Hora/Ocorrência	15:15	Hora/Cheg./Pr	17:00			

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO		ENGAVETAMENTO	
Pedestre		Longitudinal		Frontal		Poste,Árvore		TOMBAMENTO	
Animal		Transversal		Lateral	X	Muro,Casa		SAIDA DE PISTA	
						Veic. Parado			

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	02	NÃO IDENT	
						TOTAL	02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFORO	
Longo da Via		Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	X
Cruzamento	X	Molhada		Chuva		Tarde	X	C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite		Desligado	
		Oleada		Grua		Madrugada		N/Existe	

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Pare"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F. Pedestre		Placa "Dê a Prof."		Única		Faixa Contínua	
F. Retenção		Não há Placas		Dupla	X	Canteiro Central	X
						Blocos	
						Outros	

VI - CONDIÇÕES DOS CONDITORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	V2
Enc. Para Exame		Socorrido	V1
Não foi Realizado	V1/V2	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI/V2	Passageiro	VI/V2	Oficial	
Elétrico		Carga		Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	V1
Reboque ou Semi-reboque		Competição		Aluguel	V2
		Tração		Aprendizagem	
		Especial			

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	FIAT	Modelo	SIENA	Ano	2015/16	Renavam	1073995370	Placa	PGW-9603
Município	RECIFE	Nº do Chassis	9BD1971JMGJ279669		Veículo de Carga nº de Eixo				
Carregado		Apreendido	X	Liberado		Evadido - se			
Proprietário	ROGERIO ANTONIO DE OLIVEIRA								
Residência						Bairro			
Município	RECIFE	Rg.	2314500	Org. Exp.	SDS PE	CPF	196.627.004-63		
Condutor	ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA								
Residência	RUA DIAMANTINO, 44					Bairro	UR II - IBURA		
Município	RECIFE	Rg.	1897397	Org. Exp.	SDS PE	CPF	233.287.704-53		
CNH/Pront/Nº	2152178495	Categoria	B	Validade	15/10/2020	Hora/Dir.	1H		

VEÍCULO - 02

Marca	VOLVO	Modelo	M POLO	Ano	2014	Renavam	1034989143	Placa	PGY-8040
Município	OLINDA	Nº do Chassis	9BVR9R320EEJ384252		Veículo de Carga nº de Eixo				
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadido - se			
Proprietário	CIDADE ALTA TRANSPORTE E TURISMO LTDA								
Residência						Bairro			
Município	OLINDA	Rg.		Org. Exp.		CNPJ	70.227.608/0001-39		
Condutor	WAGNER DIAS SOARES								
Residência	RUA DA VITORIA, 10					Bairro	IBURA		
Município	RECIFE	Rg.	6536596	Org. Exp.	SDS PE	CPF	053.518.194-90		
CNH/Pront/Nº	03227355907	Categoria	AE	Validade	05/01/2020	Hora/Dir.	1H		

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CPF	

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

Nome	ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA		Natureza dos Ferimentos	Leve	X	Graves		Mortais	
Estado Civil	CASADO	Idade	28	Sexo	MASC	Nacionalidade	BRA	Naturalidade	
Profissão	MOT APP	Residência	RUA DIAMANTINO, 44		Bairro	UR II - IBURA			
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.	1897397	Org. Exp.	SDS PE	CPF	233.287.704-53
Socorrido	UPA DE OLINDA					Município	OLINDA		
Dados Fornecidos Por	RAYANE PRISCILA SIMOES XAVIER DA ROCHA								
Residência	RUA DIAMANTINO, 44					Bairro	UR II - IBURA		
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.	8101571	Org. Exp.	SDS PE	CPF	010.335.884-60

VÍTIMA - 02

Nome	NIVALDO LOPES DA SILVA FILHO		Natureza dos Ferimentos	Leve	X	Graves		Mortais	
Estado Civil	CASADO	Idade	19	Sexo	M	Nacionalidade	BRA	Naturalidade	
Profissão	AMBULANTE	Residência	RUA MONTE ALEGRE, 210		Bairro	OURO PRETO			
Município	OLINDA	UF	PE	Rg.	10603683	Org. Exp.	SDS PE	CPF	
Socorrido	PELO BOMBEIRO PARA A UPA DE TABAJARA					Município			
Dados Fornecidos Por	O MESMO								
Residência						Bairro			
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF	



UNIDADE DE POLÍCIA INTEGRADA DE DEFESA SOCIAL
11522-0



**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE**

ANEXO AO B.A.T. N°

VÍTIMA - 03		Natureza dos Ferimentos		Leve	X	Graves		Mortais
Nome	BRUNA RAYSA PORTELA G.			Motorista		Passageiro	X	Pedestre
Estado Civil	SOLTEIRA	Idade	26	Sexo	FEM	Nacionalidade	BRA	Naturalidade
Profissão	DESEMP	Residência	RUA MONTE ALEGRE, 210			Bairro	OURO PRETO	
Município	OLINDA	UF	PE	Rg.	7320917	Org. Exp.	SDS PE	CPF
Socorrido	UPA DE OLINDA					Município	OLINDA	
Dados Fornecidos Por	A MESMA							
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF

VÍTIMA - 04		Natureza dos Ferimentos		Leve	X	Graves		Mortais
Nome	YARA LIZ PORTELA LECA			Motorista		Passageiro	X	Pedestre
Estado Civil		Idade	7 M	Sexo	F	Nacionalidade	BRA	Naturalidade
Profissão		Residência	RUA MONTE ALEGRE, 210			Bairro	OURO PRETO	
Município	OLINDA	UF	PE	Rg.	-	Org. Exp.	-	CPF
Socorrido	UPA DE OLINDA					Município	OLINDA	
Dados Fornecidos Por	PELA MÃE - VITIMA 03							
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF

VÍTIMA - 05		Natureza dos Ferimentos		Leve		Graves		Mortais
Nome								
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade		Naturalidade
Profissão		Residência				Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF
Socorrido						Município		
Dados Fornecidos Por								
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF

VÍTIMA - 06		Natureza dos Ferimentos		Leve		Graves		Mortais
Nome								
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade		Naturalidade
Profissão		Residência				Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF
Socorrido						Município		
Dados Fornecidos Por								
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF

VÍTIMA - 07		Natureza dos Ferimentos		Leve		Graves		Mortais
Nome								
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade		Naturalidade
Profissão		Residência				Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF
Socorrido						Município		
Dados Fornecidos Por								
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF

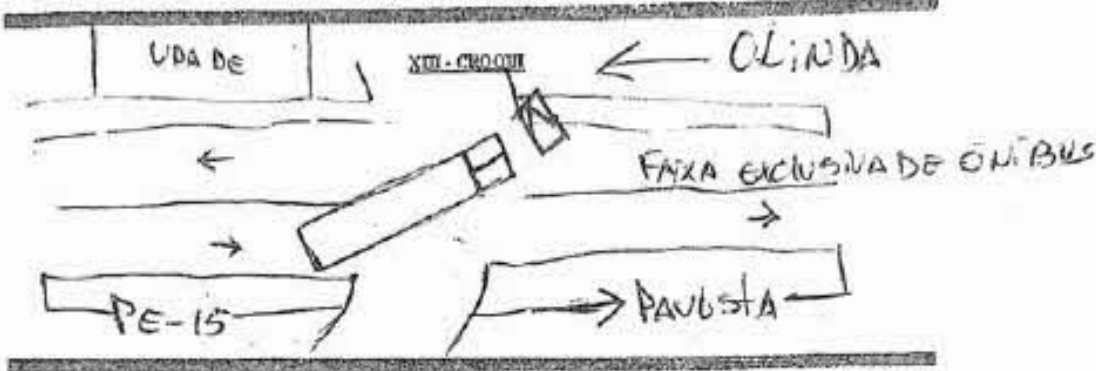




XIII - INFRAÇÕES COMETIDAS

- Dirigir sem CNH (Art. 167, I, CTB)
- Conduzir veíc. d. doc. Part. obrig. (Art. 192 CTB)
- Conduzir veíc. d. doc. Part. obrig. (Art. 202 CTB)
- Dirigir sob influência de álcool (Art. 165 CTB)
- Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 178 CTB)
- Deixar de adotar provid. IV exibir pass. de trans. (Art. 176 CTB)
- Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176 III CTB)
- Deixar de remover veíc. Q&S Danosa (Art. 176 IV CTB)

- | VI | X2 | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deixar de prestar socorro. II (Art. 178, II, CTB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demb. Ou d. ou do A. de trans. (Art. 195 CTB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veíc. d. doc. inválida (Art. 200, I CTB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veíc. d. placa (Art. 210, IV, CTB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veíc. d. placa ileg. (Art. 210 VI CTB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veíc. Alter. De constr. (Art. 230, VII, CTB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veíc. Defeitu equip. (Art. 230, IX) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outras |



XIV - SIMBOLOGIA

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------|
| | Automóvel e outros veículos de 4 rodas | | Incêndio |
| | Ônibus, Caminhão e Trator | | Marcha à Frente. |
| | Trem | | Marcha à Ré |
| | Veículo de 2 ou 3 Rodas | | Derrubadeira |
| | Pedestre | | Capotamento ou Tombamento |
| | Animal | | Local da Colisão |
| | Objeto Fixo | | Deposito da colisão |

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

- Queimadura
- CAPÔT
- Parabrisa dianteira
- Portas esquerdas
- Vidros todos do lado esquerdo
- Empenamento
- Coluna central
- Banchos e simt.

VEÍCULO - 02

- Parabrisa traseira
- Parachoques quebrados
- Farol direito quebrado



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de: _____ Hora: _____
 Nome do receptor da ocorrência: _____ Matrícula: _____

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA.	NOME:
	SGT	980595-8	BRITO ASS: Willer BL

XVIII - Datilógrafo SSTA: _____ Of. Chefê SSTA: _____



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2	V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Informações (Art. 176 V CTB)
Conduzir Veic. s/ Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trans. (Art. 195 CTB)
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa ileg. (Art. 230 VI CTB)
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trans. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado			
2. Comunicado à Delegacia de					Hora	
Nome do Recebedor da Ocorrência				Matricula		
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT PM	Matricula	980595-8	NOME	BRITO
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM YHALLE			Of. Chefe da SSTA	MAJ PM SWELLINGTON	















CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 03/02/2020

ASS: [Assinatura]



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

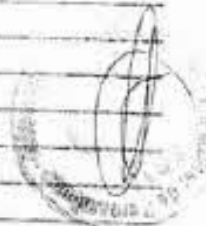
EM ANEXO



ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Por determinação do CIODS, fomos até a PE 015 em
frente a UPA da Tabajara para verificar um acidente com
vítimas. Quando chegamos ao local a GT 1212 compareceu pelo
SGT 930121-7 JAILSO A LORRUA já estava no local onde
nos passou os veículos envolvidos do BO BOU O mesmo nos
informou que tinha havido 04 vítimas onde 03 vítimas
estavam na UPA da Tabajara e outra vítima tinha sido
ocisionada para asfumeiras, onde o IC já tinha compareci-
do no local na presença do perito criminal Jairo Leites
de MAT. 111349-6. Que também o Bimbois já tinha vindo
na presença do caso sempre MAT. 710405-0. Também nos
delocamos para a UPA da Tabajara onde comuniquei para
os dados das 03 vítimas. Depois fomos até a Refeição
que comparecemos para os dados da quarta vítima.
Por MAT já apresenta nenhuma familiar no local o veículo
foi removido para o depósito do DER.
Obs: O acidente aconteceu às 15:15 onde o CIODS se
nos agendou às 17:30 através do M 11013441



W. L. de Mello Jr.
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO
GRAD/DIAT/BOAT

356798558 BGT





**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)**



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº M: 501/2020).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

EU WAGNER DIAS SOARES MOTORISTA DO BRT VINHA
NA FAIXA EXCLUSIVA DE ONIBUS LA MERICA DA UPA DE OLINDA
QUANDO NO RETORNO UM VEICULO CILINDRICO FICOU OBTORVA DE UMA VEZ
SEM OLHA QUANDO EU ENTO CHEGUEI NA FRENTE DO ONIBUS
SEM DA TELA DE PARA O FRENTE EU COLETEI NO ALTO DO ALTO



Veículo: BRT
 Nome do Condutor: WAGNER DIAS SOARES
 RG: 6536596 Órgão Expedidor: SOS CPF: 653.616.194/90
 Placa do Veículo: PGY 8030 Data: 31.1.01.2020

Assinatura: WAGNER DIAS SOARES 98421-4065

- Observação:**
- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
 - 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Indicando o(s) tipo(s) de cobertura: OMI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº de contrato do ASL: _____ 3 - CPF do Vítima: _____ 4 - Assinatura completa do Vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E SÍNDICE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VIA WWW.RENHOVIA.ORG/NET/REGISTRO/REGISTRO_LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 4/2004

5 - Nome completo: **ERILSON OLIVEIRA DA SILVA**
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: **RUA DIAMANTINA**
9 - Número: **44** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **COHAB** 12 - Cidade: **KEUFFE**
13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51340-550**
15 - E-mail: **81-49323-3229**

16 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA WWW.RENHOVIA.ORG/NET/REGISTRO/REGISTRO_LEGAL
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - UNIDADE BANCÁRIA: BOM FIANZÃO DA FIDUCIÁRIA APOSTOLAN (SISTEMA DE BANCAS) EM IMPLANTAÇÃO (SISTEMA BANCÁRIO) (SISTEMA BANCÁRIO)
 CONTA POSSESSÃO (SISTEMA BANCÁRIO) (SISTEMA BANCÁRIO) (SISTEMA BANCÁRIO) (SISTEMA BANCÁRIO)
 Banco do Brasil (SISTEMA BANCÁRIO) Itaú (SISTEMA BANCÁRIO)
 Banco do Brasil (SISTEMA BANCÁRIO) Caixa Econômica Federal (SISTEMA BANCÁRIO)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGENCIA: **3250 6** CONTA: **17230 8**

22 - Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização por reembolso do Seguro DPVAT a ser pago em favor do Vítima, mediante a entrega de dados, dados e a assinatura após a realização do crédito, mediante a emissão de valor em cheque.

23 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAMENTO 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:
a) Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência ou;
b) O IML que atenda a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou;
c) O IML que atenda a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do acidente.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, a qualquer momento, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica do Vítima no direito de comparecer a avaliação médica, caso ocorra o seu falecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS DEPENDENTES - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil do Vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo
25 - Estado de Parentesco com o Vítima: Mãe Pai Filho Filha Irmão Irmã Outros _____
26 - Vítima possui companheira(o): Sim Não
27 - Se a Vítima possui companheira(o) informar o nome completo: _____
28 - Vítima possui filhos? Sim Não
29 - Vítima possui irmãos? Sim Não
30 - Vítima possui pais? Sim Não
31 - Vítima possui tios/avós? Sim Não
32 - Se Vítima possui irmãos, informar: Sim Não
33 - Vítima possui pais? Sim Não

Esse pedido de que a Seguradora Líder pague, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiará quem se apresentar e comprovar esta condição, estando o Vítima, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por omissão de artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a pagar): _____
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a pagar): _____
36 - Assinatura de quem assina o pedido (a pagar): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a pagar): _____
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha: _____
40 - Local e Data: _____
Assinatura da Vítima (se não for o caso): _____
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03250-6

CONTA: 000000017230-8

Nr. da Autenticação 292A91B121CA3A68



R.PE. CARAPUCEIRO, 777
BOA VIAGEM
51020-280 RECIFE - PE



ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA
DIAMANTINO 44
COHAB
51340-550 RECIFE - PE



BE857785245BR



Cel. 17

Março: 20020

00004464 - V307686CE27.925

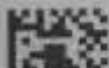
Parabéns. Você acaba de receber o seu Ourocard

Com ele, você faz compras no débito e movimenta a sua conta corrente de participar de promoções especiais.

Este cartão não tem a função crédito e não poderá ser utilizado para realizar compras nesta funcionalidade sem sua prévia e expressa solicitação.

Caso tenha interesse em habilitar a função crédito do seu Ourocard, você poderá solicitar a habilitação no bb.com.br/ourocard, em um dos caixas eletrônicos, pela Central de Relacionamento BB 4004 0001 ou 0800 729 0001, ou em uma agência. A habilitação está sujeita a análise e aprovação de limite de crédito.

Libere seu Ourocard e aproveite todas as vantagens que ele tem para oferecer.



Atendimento: **1587410**

Data e Hora: **31/01/2020 15:52**

Senha da Classificação:

P0074

Paciente: **535227 ERIDILSON OLIVEIRA DA SILVA** Sexo: **MASCULINO**
Nome Social: _____
Data do Nascimento: **22/05/1959** Idade: **60 anos** Convento: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: **SALVINA DE OLIVEIRA DA SILVA** Nome do Pai: **SEM DOCU**
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **CLINICO - PLANTONISTA** CRM: **123456**
Endereço: **RODOVIA PE-15 DE 3967 A 99 - TRAZIDO PELOS E O** Bairro: **TABAJARA**
Cidade/UF: **OLINDA PE** Cep: **53350015** Usuário Atendimento: **WAGNERFB**
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____ Fone: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Data de Emissão CRN: _____
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: **15:55h**

Síntese Principal

*Plt vítima de lesões cervicais - síndrome compressiva
em um HTF devido a impingimento e luxação
de altura*

Exame Físico

*CVB, membros, membros superiores
ACV: RPT em AIT, S/A*

Hipótese Diagnóstica

1) Lesão cervical - síndrome / noção torácica

Conduta Terapêutica

1) Rk de torção

Prescrição Médica

*1) Salina para os membros
limp d HMA
Sina 5872853
2) Paracetamol 500 mg, 01 cm + SF 9,9% 100 ml, 8V*

Destino: Encaminhado ao Ambulatorio Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Código Cond. Atend. Hospitalar
Médico
CRM: 123456

Carimbo/Médico



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resultado da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retrada da senha: 31/01/2020 15:38

Nome Paciente:	ERIDILSON OLIVEIRA DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	61
Senha:	P0074
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 31/01/2020 15:48 - 31/01/2020 15:49

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**
Cor: **VERMELHO**
Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
RELATOD E TRAUMA EM ABD E CABECA
Observação: ALERGIA: NEGA
HAS-
DM--
Fluxograma sintoma: DOR ABDOMINAL / QUEIXAS URINÁRIAS
Discriminador(es): - SSVV ALTERADOS
Especialidade: CLINICA GERAL

RUA DIAMANTINO 44

UR-02 IBUNA - REAFE

982885244

Nasc. 22-05-1960

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/01/2020 15:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda 20 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento n°1587410, onde se lê o nome do paciente ERILDILSON OLIVEIRA DA SILVA e data de nascimento 22/05/1959, **leia-se ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA E 22/05/1961**. Informamos que o cadastro foi realizado por terceiros, sem apresentação do documento e que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do CNH: 02152178695.

Atenciosamente,


UPA OLINDA
Elizângela Torre
Coord. Adm. Financeiro

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
UPA OLINDA

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE
FONE: 3184-4303





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA		Prontuário: 1710948	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA
Idade: 58 Anos 9 Meses 10 Dias		Sexo: Masculino	<input type="checkbox"/> ÓBITO
Proc.:		Admissão no HR: 31/03/2020	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Adm. Clínica:		Ata: 25/02/2021	<input type="checkbox"/> FÓRUM
Enfermaria /Leito: 734-L1			

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 31/03/2020 (COLISÃO CARRO X ÔNIBUS), SENDO LEVADO PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA DE URGÊNCIA PARA EMERGÊNCIA DESSE SERVIÇO PARA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA UMA Vez. O PACIENTE FOI IDENTIFICADO COMO HEMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS, FOI REALIZADA DRENAGEM TORÁCICA, FOI REALIZADA TAC DE TÓRAX E TAC DE ABDOME, 2 DIA NO MESMO DIA, NA QUAL SE IDENTIFICOU LESÃO RENAL À DIREITA, LÂMINA LÍQUIDA PERISPLÊNICA, AUSÊNCIA DE LÍQUIDO PERIHEPÁTICO OU EM PELVE. PACIENTE EVOLUI HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SENDO RETERADO O DRENO DE TÓRAX NO DIA 01/02/2020, SENDO REALIZADA TORACOTOMIA COM QUEDA DE 4 PONTOS DE HB EM 1 DIA APÓS RETIRADA DO DRENO, SENDO EVIDENCIADO POR RAIOS X E TAC DE TÓRAX PRESENÇA DE HEMOTÓRAX, SENDO REALIZADA NOVA DRENAGEM TORÁCICA E PELO ALTO DEBITO INDICADA REALIZAÇÃO EM 01/02/2020 DE TORACOTOMIA, PNEUMORRAFIA + 2 DTFE PELA SUSPEITA DE LESÃO PULMONAR. PACIENTE EVOLUI EM SR HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SENDO TRANSFERIDO PARA A ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL, ONDE FOI ADMITIDO EM BOM ESTADO GERAL NO DIA 05/02/2020, PACIENTE EVOLUI COM MELHORA DO ESTADO GERAL, MELHORA RADIOLOGICA E BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR, RETIRA OS DRENOS TORÁCICOS SEM INTERCORRÊNCIAS E RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS.

EXAMES COMPLEMENTARES

31/03/2020 - TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX MODERADO À ESQUERDA + FRATURA DE ARCOS COSTAIS.
31/03/2020 - TAC DE ABDOME: LESÃO RENAL À DIREITA, LÂMINA LÍQUIDA PERISPLÊNICA, AUSÊNCIA DE LÍQUIDO PERIHEPÁTICO OU EM PELVE.
02/02/2020 - RAIOS X DE TÓRAX E TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX.
RX TÓRAX 05/02 - PULMÃO BEM EXPANDIDO / OPACIFICAÇÃO EM BASE HTE
RX TÓRAX 08/02 - BARRAMENTO RESIDUAL EM BASE DE HTE / PULMÃO EXPANDIDO

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGBM, CONSCIENTE, ORIENTADO, MICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, HIDRATADO
ACV: RCR EM 21 BNF S/S FC: 84 BPM
AR: MV+ EM A1, T S/RA FR: 16 IRPM
ABD: SEMIGLOSSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SEM VNG, RHA+, INDOLOR À PALPAÇÃO

DIAGNÓSTICO

- 1) P1 (03/02/2020) TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA + 2 DTFE.
- 2) PD (31/03/20) DTFE SCL. HEMOTÓRAX
- 3) FRATURA DE CLAVÍCULA + 4º ARCO COSTAL (ALTA DA TRAUMATOLOGIA)

TRATAMENTO REALIZADO

(03/02/2020): TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA, ACHADOS: CERCA DE 1000 ML DE SANGUE + COAGULOS, LESÃO DE CERCA DE 2 CM EM SEGMENTO 5 DE LOBO INFERIOR PULMONAR ESQUERDO, COM SANGRAMENTO ATIVO, REALIZAÇÃO DE SUTURA DE LESÃO + RETIRADA DE COAGULOS + LIMPEZA DE CAVIDADE + AROSIÇÃO DE 2 DRENOS TORÁCICOS.

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1. EM CASO DE APARECIMENTO DE DOR TORÁCICA OU OUTROS SINTOMAS PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.
2. MARCAR E RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR OTACILIO DIA 26/02/2020 ÀS 6H
3. SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS (CIRURGIA GERAL E TRAUMATOLOGIA)

MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF: DR OTACILIO ALBUQUERQUE
MR2: JOAO PAULO SIQUEIRA
MRI: LUCAS CASE FERRAZ

Lucas Case Ferraz
CRM-PE 27578

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: BRIDSON OLIVEIRA DA SILVA		Prontuário: 1710948	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA
Idade: 56 Anos 8 Meses 18 Dias	Sexo: Masculino		<input type="checkbox"/> ÓBITO
Proc.:	Admissão no HR: 31/01/2020		<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Adm. Clínicas:	Alta: 04/02/2020		<input type="checkbox"/> FÓRUM
Enfermaria /Leito: 214-L4			

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 31/01/2020 (COLISÃO CARPO X ÔNIBUS), SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DE PERNAMBUCO PARA CUIDADOS DE EMERGÊNCIA. NA EMERGÊNCIA, FOI IDENTIFICADA DOR EM TÓRAX ESQUERDO, SENDO REALIZADA TAC DE TÓRAX, IDENTIFICANDO HEMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS. FOI REALIZADA DRENAGEM TORÁCICA, SENDO REALIZADA TAC DE ABDOME, TANDA NO MESMO DIA, NA QUAL SE IDENTIFICOU LESÃO RENAL A DIREITA, LÂMINA PERITÔNICA E AUSENCIA DE LIQUIDO PERITÔNICO OU EM PELVE.
PACIENTE EVOLUIU HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SENDO RETIRADO O DRENO DE TÓRAX NO DIA 02/02/2020, SENDO REALIZADA TORACOTOMIA COM QUIRDA DE 4 PONTOS DE HB EM 1 DIA APÓS RETIRADA DO DRENO, SENDO EVIDENCIADO POR RAIO X E TAC DE TÓRAX PRESENCIA DE HEMOTÓRAX, SENDO REALIZADA NOVA DRENAGEM TORÁCICA E BULO ALTO DEBITO, SENDO REALIZADA EM 03/02/2020 DE TORACOTOMIA, PNEUMORRAFIA + 2 DTFE PELA SUSPEITA DE LESÃO PULMONAR.
PACIENTE EVOLUIU EM BOM ESTADO GERAL NO DIA 05/02/2020, SENDO TRANSFERIDO PARA A ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL, ONDE FOI ADMITIDO EM BOM ESTADO GERAL. PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DO ESTADO GERAL, MELHORA RADIOLÓGICA E BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR, RETIRA OS DRENOS TORÁCICOS SEM INTERCORRÊNCIAS E RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS.

EXAMES COMPLEMENTARES

31/01/2020 - TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX MODERADO À ESQUERDA + FRATURA DE ARCOS COSTAIS.
31/01/2020 - TAC DE ABDOME: LESÃO RENAL A DIREITA, LÂMINA LÍQUIDA PERITÔNICA, AUSENCIA DE LIQUIDO PERITÔNICO OU EM PELVE.
02/02/2020 - RAIO X DE TÓRAX E TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX.
RX TÓRAX 05/02 - PULMAO BEM EXPANDIDO / OPACIFICAÇÃO EM BASE HTE
RX TÓRAX 06/02 - BORNAMENTO RESIDUAL EM BASE DE HTE / PULMAO EXPANDIDO

EXAMES FÍSICO NA ALTA

GGHM, CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, HIDRATADO
ACV: RCR EM 27 BNF 5/5 FC: 84 BPM
AR: MV1 EM A1, T 5/RA FR: 16 IRPM
ABD: SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SEM VNG, RHA+, INODOR À PALPAÇÃO

DIAGNÓSTICO

- 1) P1 (03/02/2020) TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA + 2 DTFE.
- 2) P0 (31/01/20) DTFE SGL, HEMOTÓRAX.
- 3) FRATURA DE CLAVICULA N° 4º ARCO COSTAL (ALTA DA TRAUMATOLOGIA)

TRATAMENTO REALIZADO

(03/02/2020): TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA, ACHADOS: CERCA DE 1000 ML DE SANGUE + COAGULOS, LESÃO DE CERCA DE 2 CM EM SEGMENTO 5 DE LOBO INFERIOR PULMONAR ESQUERDO, COM SANGRAMENTO ATIVO, REALIZAÇÃO DE SUTURA DE LESÃO + RETIRADA DE COAGULOS + LIMPEZA DE CAVIDADE + APOSIÇÃO DE 2 DRENOS TORÁCICOS.

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1. EM CASO DE APARECIMENTO DE DOR TORÁCICA OU OUTROS SINTOMAS PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.
2. MARCAR E RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR OTACILIO DIA 24/02/2020 ÀS 6H
3. SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS (CIRURGIA GERAL E TRAUMATOLOGIA)

MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF: DR OTACILIO ALBUQUERQUE
NR2: JOAO PAULO SIQUEIRA
MR1: LUCAS CASÉ FERRAZ

Lucas Casé Ferraz
CRMPE 27676

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1710948	ATENDIMENTO: 01545-09
DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1961	FOI ATENDIDO EM: 21/02/2020	
DATA DA ALTA: 09/02/2020 11:00		

Diagnóstico Provável:

- 1) PO (03/02/2020) TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA + 2 DTFE
- 2) PO (31/01/20) DTFE SEC. HEMOTORAX
- 3) FRATURA DE CLAVICULA E 4º ARCO COSTAL (ALTA DA TRAUMATOLOGIA)

Tratamento Realizado:

(03/02/2020): TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA. ACHADOS: CERCA DE 1000 ML DE SANGUE + COAGULOS. LESÃO DE CERCA DE 2 CM EM SEGMENTO 5 DE LOBO INFERIOR PULMONAR ESQUERDO, COM SANGRAMENTO ATIVO. REALIZAÇÃO DE SUTURA DE LESÃO + RETIRADA DE COAGULOS + LIMPEZA DE CAVIDADE + APOSIÇÃO DE 2 DREJNOS TORACICOS.

Observações:

Encaminhado para:

1. EM CASO DE APARECIMENTO DE DOR TORÁCICA OU OUTROS SINTOMAS PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.
2. MARCAR E RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. OTACILIO DIA 24/02/2020 AS 6H
3. SEGUIR ORIENTAÇÕES MEDICAS (CIRURGIA GERAL E TRAUMATOLOGIA)

Lucas Case Ferraz
CRM: 27678

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: Nº. 27678

Recife, 08 de Fevereiro de 2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA	Prontuário: 1710948
Clínica:	Atendimento: 1545056
	Leito: 734-L1

R// USO ORAL

1. DÍPHERONA 1G-----01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE
2. METOCLOPRAMIDA 10 MG-----01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 8/8 HORAS SE NAUSEA OU VÔMITO
3. TILATIL 20MG-----1 CX
TOMAR 01 CP VO 12/12H POR 5 DIAS SE DOR

Date: 09/02/2020	<p>Lucas Costa Ferraz CRM/PE 27078 Ass. Carimbo/Médico/CREP SPE</p>
------------------	---

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1710948	ATENDIMENTO: 01545056
DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1961	FOI ATENDIDO EM: 31/01/2020 Às 16:00	
	DATA DA ALTA: 07/02/2020 Às 14:44	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA (ICD: S.52.0)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA + TIPOSA.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANÁLISE GCSA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO SETOR DE ORTOPEDIA, APOS 15 DIAS, COM ORLTHIAGO JUSTO.

FRANCISCO STANLEY DARRAS CRM: 7472

Dr. Agamenon Magalhães
Traumatologia-Ortopedia
CRM-PE 26.783

Recife, 07, FEVEREIRO, 2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a resolução Nº 047002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO—SEPAÇ

Amostra No.: 6

Rack: 1 Tubo: 1 31/01/2020 20:34:55

ID DOENTE: 1710948

Serviço: VERMELHA UT

Nome: ERIDSON OLIVEIRA

DA SILVA

Data Nasc.:

Sexo:

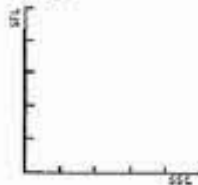
ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

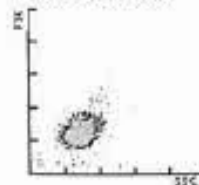
WBC	12.10	[10 ³ /uL]
RBC		[10 ⁶ /uL]
HGB	13.1	[g/dL]
HCT	38.1	[%]
MCV		[fL]
MCH		[pg]
MCHC		[g/dL]
PLT		[10 ³ /uL]
RDW-SD		[fL]
RDW-CV		[%]
MPV		[fL]
NEUT		[10 ³ /uL]
LYMPH		[10 ³ /uL]
MONO		[10 ³ /uL]
EO		[10 ³ /uL]
BASO		[10 ³ /uL]

Handwritten signature

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLÓGICOS

IG [10³/uL] [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO%
SEGMENT%
EOSIN%
LINF%
LINF ATIP%
MONO%
BASO%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA	.....
NORMOCROMICA	.....
MICROCITOS	.....
MACROCITOS	.....
ANISOCITOSE	.....
ERITROBLASTO	.....

WBC-BF [10³/uL]
RBC-BF [10⁶/uL]
MN [10³/uL] [%]
PMN [10³/uL] [%]
TC-BF# [10³/uL]

OBSERVACOES:

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP



Item:

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPAC

Amostra No.: 304

Reck:

Tubo: 0

2020/02/01 09:21:01

ID DOENTE: 1710948

Serviço: VERMELHA UT

Data Nasc.:

Sexo:

Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

ID Analisador: XT-4000I-1

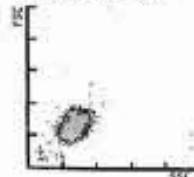
HEMOGRAMA

WBC	10.33	[10 ³ /uL]	
RBC		[10 ⁶ /uL]	
HGB	12.3	(g/dL)	
HCT	31.5	(%)	
MCV		(fL)	
MCH		(pg)	
MCHC		(g/dL)	
PLT		[10 ³ /uL]	
RDW-SD		(fL)	
RDW-CV		(%)	
MPV		(fL)	
NEUT		[10 ³ /uL]	(%)
LYMPH		[10 ³ /uL]	(%)
MONO		[10 ³ /uL]	(%)
EO		[10 ³ /uL]	(%)
BASO		[10 ³ /uL]	(%)
IG		[10 ³ /uL]	(%)

DIFF



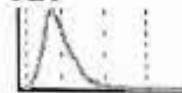
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLÓGICOS

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....	%
SEGMENTO.....	%
EOSIN.....	%
LINF.....	%
LINF ATIP.....	%
MONO.....	%
BASO.....	%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA.....	
NORMOCROMICA.....	
MICROCITOS.....	
MACROCITOS.....	
ANISOCITOSE.....	
ERITROBLASTO.....	

WBC-BF

[10³/uL]

RBC-BF

[10⁶/uL]

MN

[10³/uL]

(%)

PMN

[10³/uL]

(%)

TC-BF#

[10³/uL]

2A
 P da Saneamento Ambiental
 Análise - 20/02/20
 CRF - 186

OBSERVAÇÕES:

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP



Item:

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO-SEPAC

Amostra No.: 41

Rack: 1 Tubo: 1 01/02/2020 01:38:48

ID DOENTE: 1710948

Serviço: VERMELHA UT

Nome: ERIDSON OLIVEIRA

DA SILVA

Data Nasc:

Sexo:

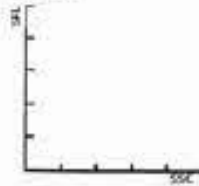
ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

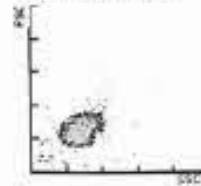
WBC	10.41	[10 ³ /uL]
RBC		[10 ⁶ /uL]
HGB	13.0	[g/dL]
HCT	37.9	[%]
MCV		[fL]
MCH		[pg]
MCHC		[g/dL]
PLT		[10 ³ /uL]
RDW-SD		[fL]
RDW-CV		[%]
MPV		[fL]
NEUT		[10 ³ /uL]
LYMPH		[10 ³ /uL]
MONO		[10 ³ /uL]
EO		[10 ³ /uL]
BASO		[10 ³ /uL]

Handwritten signature

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLÓGICOS

IG [10³/uL] [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO%
SEGMENTO%
EOSIN%
LINF%
LINF ATIP%
MONO%
BASO%
META%
MIELO%
PROMIELO%
BLASTO%
GRAN TOXICAS%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA%
NORMOCROMICA%
MICROCITOS%
MACROCITOS%
ANISOCITOSE%
ERITROBLASTO%

WBC-BF	[10 ³ /uL]	
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]	
MN	[10 ³ /uL]	[%]
PMN	[10 ³ /uL]	[%]
TC-BF#	[10 ³ /uL]	

OBSERVACOES:

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP



m.

LABORATÓRIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPA

Amostra No.: 181
ID DOENTE: 1710948
Nome: ERIDSON OLIVEIRA

Rack: Tubo: 0 02/02/2020 17:43:17
Serviço: LARANJA UT
DA SILVA

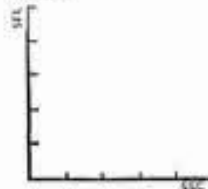
Data Nasc.: Sexo:
ID Analisador: XT-4000I-1

HEMOGRAMA

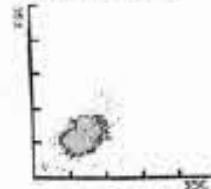
WBC	13.29	[10 ³ /uL]	
RBC		[10 ⁶ /uL]	
HGB	8.2	[g/dL]	
HCT	25.4	[%]	
MCV		[fL]	
MCH		[pg]	
MCHC		[g/dL]	
PLT		[10 ³ /uL]	
RDW-SD		[fL]	
RDW-CV		[%]	
MPV		[fL]	
NEL T		[10 ³ /uL]	[%]
LYMPH		[10 ³ /uL]	[%]
MONO		[10 ³ /uL]	[%]
EO		[10 ³ /uL]	[%]
BASO		[10 ³ /uL]	[%]

*Anemia
cronica*

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLÓGICOS

IG	[10 ³ /uL]	[%]	WBC-BF	[10 ³ /uL]	
DIFERENCIAL MANUAL			RBC-BF	[10 ⁶ /uL]	
BASTAO.....%			MN	[10 ³ /uL]	[%]
SEC MEN.....%			PMN	[10 ³ /uL]	[%]
EOSIN.....%			TC-BF#	[10 ³ /uL]	
LINF.....%					
LINF ATIP.....%					
MONO.....%					
BASO.....%					

SERIE VERMELHA

- NORMOCITICA.....
- NORMOCROMICA.....
- MICROCITOS.....
- MACROCITOS.....
- ANISOCITOSE.....
- ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES:

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP



sm

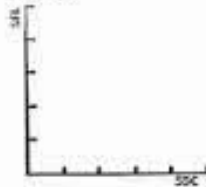
LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPA

Amostra No.: 33 Rack: 1 Tubo: 5 02/02/2020 22:45:04
ID DOENTE: 1510946 Serviço: VERMELHA UT
Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA Data Nasc.: Sexo:
ID Analisador: XT-4000i-1

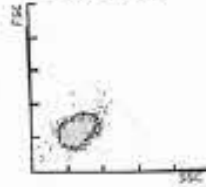
HEMOGRAMA

Table with 3 columns: Parameter, Value, Unit. Includes WBC (11.84), RBC, HGB (7.9), HCT (23.9), MCV, MCH, MCHC, PLT, RDW-SD, RDW-CV, MPV, NEUT, LYMPH, MONO, PLO, BASO.

DIFF



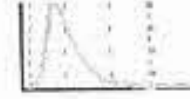
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

Table with 4 columns: Parameter, Value, Unit, and another Value/Unit. Includes IG, DIFERENCIAL MANUAL, SERIE VERMELHA, WBC-BF, RBC-BF, MN, PMN, TC-BF#.

Table with 2 columns: Parameter and Value. Includes BASTAO, SEGMENT, EOSIN, LINF, LINF ATIP, MONO, BASO, META, MIELO, PROMIELO, ELASTO, GRAN TOXICAS.

OBSERVACOES:

Blank lines for observations.

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

Handwritten signature.



Item:

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - SEPAC

Amostra No.: 44
ID DOENTE: 1710948
Nome: ERIDSON OLIVEIRA

DA SILVA

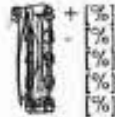
Rack: 1 Tubo: 8
Serviço: LARANJA UT

Data Nasc.: Sexo:
ID Analisador: XT-4000-1

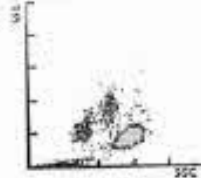
02/02/2020 09:59:54

HEMOGRAMA

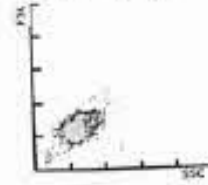
WBC	11.20	[10 ³ /uL]
RBC	2.94	[10 ⁶ /uL]
HGB	9.5	[g/dL]
HCT	28.6	[%]
MCV	97.3	[fL]
MCH	32.3	[pg]
MCHC	33.2	[g/dL]
PLT	142	[10 ³ /uL]
RDW-SD	43.6	[fL]
RDW-CV	12.9	[%]
MPV	9.9	[fL]
NEUT	10.17 +	[10 ³ /uL]
LYMPH	0.48 -	[10 ³ /uL]
MONO	0.55	[10 ³ /uL]
EO	0.00	[10 ³ /uL]
BASO	0.00	[10 ³ /uL]



DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLÓGICOS

IG 0.04 [10³/uL]

0.4 [%]

WBC-BF	[10 ³ /uL]
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]
MN	[10 ³ /uL]
PMN	[10 ³ /uL]
TC-BF#	[10 ³ /uL]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	05	[%]
SEGMENT	85	[%]
EOSIN	0	[%]
LINF	04	[%]
LINF ATIP	0	[%]
MONO	06	[%]
BASO	0	[%]

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA	05	[%]
NORMOCROMICA	0	[%]
MICROCITOS	0	[%]
MACROCITOS	0	[%]
ANISOCITOSE	0	[%]
ERITROBLASTO	0	[%]

OBSERVAÇÕES:

META	0	[%]
MIELO	0	[%]
PROMIELO	0	[%]
BLASTO	0	[%]
GRAN TOXICAS	0	[%]

WBC Mensagem IP
Linfopenia

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Handwritten signature and date: 3/15/2



am.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 144
ID DOENTE: 1710948
Nome: ERIDSON OLIVEIRA

Rack: 3
Serviço: 7 NORTE
DA SILVA 734-2

Tubo: 9 05/02/2020 12:54:26
Data Nasc.:
Sexo:
ID Analisador: XT-4000i-1

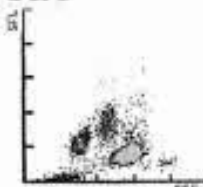
HEMOGRAMA

WBC	10.57	[10 ³ /uL]
RBC	2.73	[10 ⁶ /uL]
HGB	8.5	[g/dL]
HCT	25.3	[%]
MCV	92.7	[fL]
MCH	31.1	[pg]
MCHC	33.6	[g/dL]
PLT	142	[10 ³ /uL]
RDW-SD	53.2	[fL]
RDW-CV	16.5	[%]
MPV	10.4	[fL]
NEUT	8.39	+ [10 ³ /uL]
LYMPH	1.09	[10 ³ /uL]
MONO	1.00	+ [10 ³ /uL]
EO	0.07	[10 ³ /uL]
BASO	0.02	[10 ³ /uL]

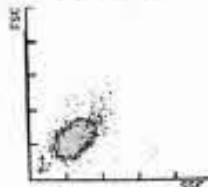
(F)

76.0	+ [%]
1.09	- [%]
9.39	[%]
0.07	[%]
0.02	[%]

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG 0.13 [10³/uL]

1.2 [%]

WBC-BF	[10 ³ /uL]
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]
MN	[10 ³ /uL]
PMN	[10 ³ /uL]
TC-BF#	[10 ³ /uL]

[%]
[%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	01%
SEGMENT	19%
EOSIN	0%
LINF	20%
LINF ATIP	-%
MONO	04%
BASO	%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA +
NORMOCROMICA +
MICROCITOS
MACROCITOS
ANISOCITOSE
ERITROBLASTO

OBSERVACOES:

leuc comutada

META.....%
MIELO.....%
PROMIELO.....%
3TO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP
Plat 142

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

(M)
do Sistema Plasma Ferr
Farmacologica - Biologia
CRF - 1247



Relatório Resultados Amostra

02/05/2020 15:37:01

Numero: 15071966

Identificador: 15071966
Identificador: 15071966

Identificador: 15071966

Identificador: 15071966

ID Teste	Resultados	Tipo	Requerido	Requerido necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
RP	12.3 s 87 % 1.09 INR					02/05/2020 15:32:09	Validado
TT-SP	28.0 s 1.06 Ratio					02/05/2020 15:37:01	Validado

Antonio Y. Cordeiro de Mello Junior
Gerente Geral
Cred: 15071966



m.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPA

Amostra No.: 159

Rack: 1 Tubo: 1 07/02/2020 16:41:01

ID DOENTE: 1710948

Serviço: 7 NORTE

Nome: ERIDSON OLIVEIRA

DA SILVA 734-1

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC	8.30	[10 ³ /uL]
RBC	2.87	[10 ⁶ /uL]
HGB	9.0	[g/dL]
HCT	27.2	[%]
MCV	94.8	[fL]
MCH	31.4	[pg]
MCHC	33.1	[g/dL]
PLT	253	[10 ³ /uL]
RDW-SD	53.5	[fL]
RDW-CV	16.5	[%]
MPV	9.8	[fL]
NEUT	5.42	[10 ³ /uL]
LYMPH	1.63	[10 ³ /uL]
MONO	1.05	[10 ³ /uL]
EO	0.15	[10 ³ /uL]
BASO	0.05	[10 ³ /uL]

65.3	[%]
19.6	[%]
12.7	[%]
1.8	[%]
0.6	[%]

IG 0.34 [10³/uL]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO%
SEGMENT%
EOSIN%
LINF%
LINF ATIP%
MONO%
BASO%

META%
MIELO%
PROMIELO%
B' STO%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP
Monocitose
Presença IG

Blastos?
Neutrófilos Banda?

SERIE VERMELHA

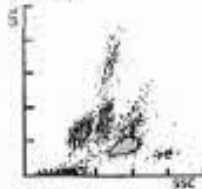
NORMOCITICA	.....
NORMOCROMICA	.....
MICROCITOS	.....
MACROCITOS	.....
ANISOCITOSE	.....
ERITROBLASTO	.....

OBSERVACOES:

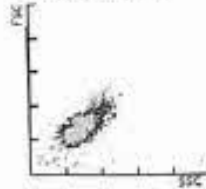
RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

DIFF



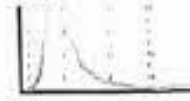
WBC/BASO



RBC



PLT



LÍQUIDOS BIOLÓGICOS

WBC-BF	[10 ³ /uL]	
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]	
MN	[10 ³ /uL]	[%]
PMN	[10 ³ /uL]	[%]
TC-BF#	[10 ³ /uL]	

Handwritten signature
Dra. Cláudia Monteiro
Especialista em Hematologia
CRP-PE-0001



Resultados Amostra

02/07/2020 18:04:27

15071906

Modelo
DA RESTAURACAO

ACL TOP 310 CTS

Amostra:	1710948-159	Primeiro nome:	ERIDSON OLIVEIRA	ID Rack:	57
Amostra:	Paciente	Apellido:	736-1	ID Posicao:	2

Id Teste	Resultados	Tipo	Retorn	Retorn necessarios	Flag	Completa Data & Hora	Validade
RP	12.4 s 86 % 1.10 INH					02/07/2020 17:59:44	Validado
TT-SP	19.8 s 0.75 Ratio					02/07/2020 18:04:27	Validado



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

NOME
ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. (CÓD. EMPREG. / E)
1897337 SSP PE

CPF **DATA NASCIM. (DD / MM / AAAA)**
233.287.704-53 **22 / 05 / 1961**

FUNÇÃO
KUFRASIO BARRETO DA SILVA
SILVA
SILVEIRA DE OLIVEIRA DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HABIL.**

Nº REGISTRO **VÁLIDA** **1ª HABILITAÇÃO**
92152178495 **15/10/2020** **24/02/1989**

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

[Assinatura]

 ASSISTENTE DO PROCESSO

LOCAL **DATA EMISSÃO**
RECIFE - PE **16/10/2015**

[Assinatura]

 ASSISTENTE DO PROCESSO

85852140855
PR069137455

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1107491340

REGISTRO PLASTIFICAR
1107491340



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº **014959534857**
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

MA 1 1073955370 ***** 2019

RUE
ROGERIO ANTONIO DE OLIVEIRA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ 156.627.004-63 PLACA **PCW9602**

PLACA ANT. ***** CHASSI **9BD19713MG3279669**

ESP. DE TIPO **PAS AUTOMOVEL** COMBUSTIVEL **GAS/ALC/GNV**

MARCA/MODELO **FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4** ANO FAB. **2015** ANO MOD. **2016**

CAP. POT. CAT. PRIOR. **SE/85CV/1400CL** CATEGORIA **PARTIC** COR. PREDOMINANTE **PRETA**

IPVA 2019 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) **12.00** ICF (R\$) **0.06** PREMIO TOTAL (R\$) **16.21** DATA DE PAGAMENTO **08/02/19**

OBSERVAÇÕES
AL. VID. BRADESCO ADM DE CONSORCIO

RECIFE-PE **Roberto Carlos** DATA **18/11/19**
Roberto Carlos Moreira Fontelles
 DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº **014959534857** BILHETE DE SEGURO DPVAT
ROGERIO ANTONIO DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguraderalider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE EXERCICIO **2019** DATA EMISSÃO **18/11/19**

MA 1 156.627.004-63 PLACA **PCW9602**

RENAMAM **1073955370** MARCA / MODELO **FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4**

ANO FAB. **2015** DE USE **01** Nº CHASSI **9BD19713MG3279669**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **5.40** DENATRAN (R\$) **0.60** CUSTO DO SEGURO (R\$) **6.00**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **4.15** ICF (R\$) **0.06** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) **16.21**

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **08/02/19**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 00.248.000/0001-03

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

JUL-2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274483 Cidade: Olinda Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA Data do acidente: 31/01/2020 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA (PAG.01.04)
FRATURA DO 4º ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOTOMIA)AOS DEMAIS CONSERVADOR (PAG.04.07)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215518/20
Vítima: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 233.287.704-53
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/01/2020
Titular do CPF: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA : 233.287.704-53

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: 03/08/2020
Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 233.287.704-53

ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

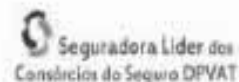
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215518/20
Vítima: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 233.287.704-53
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/01/2020
Titular do CPF: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA : 233.287.704-53

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: 03/08/2020
Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 233.287.704-53

ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

