

# 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: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000024265-2

---

Nr. da Autenticação B2E180C5DD07FF26

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ERNESTINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180119757**

Vitima: **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **02/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180119757**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12544556



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ERNESTINO DA SILVA**

Sinistro: **3180119757**

Vítima: **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **02/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180119757** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Carta nº: 12618113

A/C: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180119757  
Vítima: JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA  
Data do Acidente: 02/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000000024265-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| Multa:           | R\$ | 0,00   |
| Juros:           | R\$ | 0,00   |
| Total creditado: | R\$ | 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

|                                        |     |        |
|----------------------------------------|-----|--------|
| Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = | R\$ | 675,00 |
|----------------------------------------|-----|--------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

Flávio Alves de Souza Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                          |                   |                                     |                  |
|------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------|
| Nome completo<br>Flávio Ernesto da Silva |                   | CPF titular da conta<br>05834420457 | Profissão        |
| Endereço<br>Rua Paul de Lique            |                   | Número<br>10                        | Complemento      |
| Bairro<br>Viz de ribeirão                | Cidade<br>Igaratu | Estado<br>PE                        | CEP<br>53600-000 |
| E-mail<br>m3axemoria02@gmail.com         |                   | Telefone (DDD)<br>998668833         |                  |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                                                                                                                                                                                       |                                                        |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 3122 D/V <input type="checkbox"/> <b>CONTA</b><br>NRO. 00024265 D/V 2<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                     |                                                        | <b>BANCO</b><br>Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/><br><b>AGÊNCIA</b><br>NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> <b>CONTA</b><br>NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/><br>(Informar dígito se existir) |                                                        |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 25 de fevereiro de 2018

Local e Data

Flávio Ernesto da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----  
0042385 ATACADAO IGARASSU 18/12/2017  
CAIXA  
09:30:47 (Horário de Brasília)  
\*\*\*\*\*SS41

Saldo N. 93020001-5513

AGENCIA : 3127 - ABREU E LIMA, PE  
CONTA : 013 00024265-2  
CLIENTE : FLAVIO ERNESTINO DA SILVA

|                      |            |
|----------------------|------------|
| SALDO ATE A DATA DE: | 18/12/2017 |
| DISPONIVEL.....      | 100,85     |
| BLOQUEADO.....       | 0,00       |
| TOTAL.....           | 100,85     |

(Informações importantes no verso.)

www.banco24horas.com.br  
Impressão em papel termossensível com  
vida útil de 5 anos. Evite contato com  
plásticos, produtos químicos, exposição  
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.





426359

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0123000249**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **16:31**

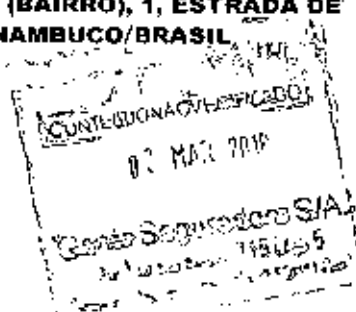
Complementa o BO Número: **18E0123000248**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **2/11/2017** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 1, ESTRADA DE MANJOPE - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
FLAVIO ERNESTINO DA SILVA ( NOTICIANTE )  
EDUARDO LACERDA BELEM ( OUTRO )  
JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

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

**FLAVIO ERNESTINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GILVANIZE MARIA DA SILVA Pai: EDMILSON ERNESTINO DA SILVA Data de Nascimento: 28/9/1990 Naturalidade: PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7699142/SDS/PE (RG), 05854420457 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ARBITRO DESPORTIVO Telefones Celulares: - 983908207**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 10, RUA PAU DE LEGUAS, BONFIM 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOICE ALVES DE SOUZA Pai: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/2002 Naturalidade: PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 93484914**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 10, RUA PAU DE LEGUAS, BONFIM 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDUARDO LACERDA BELEM (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO LACERDA BELEM**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV2369** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

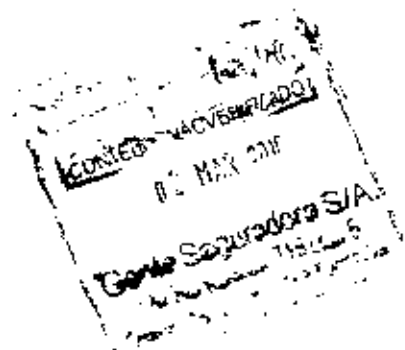
**Complemento / Observação**

**INFORMA O SENHOR FLÁVIO QUE JEIBSON É SEU FILHO MENOR DE 15 ( QUINZE ) ANOS DE IDADE E QUE NA HORA DO FATO SEU FILHO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA KKV-2369, QUANDO EM UMA CURVA ELE PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E VEIO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO POR UMA PESSOA QUE PASSAVA NO LOCAL, QUE O LEVOU ATÉ A UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS,IGARASSU,PE E EM SEGUIDA FOI EM AMINHADO AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES,PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR O FATO.**

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

*Flávio Ernestino da Silva*  
**FLAVIO ERNESTINO DA SILVA**  
**(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **JAIR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3811751**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Leibron Alves de Souza Silva

CPF da Vítima

—

Data do Acidente

02/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Flávio Emestino da Silva

CPF do Representante legal

055544204-57

E-mail

u.harmoria02@gmail.com

Telefone (DDD)

99866 88 33

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ROUYE, 23 de Setembro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Soma de 16.000

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU



HOSPITAL, S/A

Atendimento: 917452

Senha da Classificação:

P0048

Data e Hora: 02/11/2017 13:03

Paciente: 163751 JEIBSON ALVES DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/11/2012 Idade: 5 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOICE ALVES DE SOUZA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: ROSIMERE MARIA

22

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53630778

Usuário Atendimento: IRANDIRAB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPE (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 91475280

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

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

DATA: / /

HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Lesão da articulação do ombro direito há 15 dias, com dor e limitação de movimento.

EXAME FÍSICO:

Lesão da articulação do ombro direito, com dor e limitação de movimento. Auscultação normal. Sem sinais de infecção.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

1. Lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) - lesão parcial.  
2. Lesão do ligamento cruzado posterior (LCP) - lesão parcial.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

2. Ressonância Magnética do ombro direito.

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

|                                               |       |  |
|-----------------------------------------------|-------|--|
| 1. Analgesia com paracetamol 500mg a cada 6h. | 15:29 |  |
| 2. Curativos locais.                          |       |  |
| 3. Curativos locais.                          |       |  |
| 4. Curativos locais.                          |       |  |
| 5. Curativos locais.                          |       |  |

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:

( ) Ambulatório

( ) Sala Verde

X ( ) Sala Amarela

( ) Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

Dr. Maurício B. de M.  
Ortopedia e Traumatologia  
CREDEPE 14011

16 NOV 2017

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

paciente em tratamento com quimioterapia + recebeu alta em 16.00h; acompanhado por familiares (suspeito).  
 em tempo de alta p/ HMA p/ menos próximos, autorizando p/ tratamento de plantão.

Prof. Mariana Gomes

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☒ Como Presença  
☒ TRANSFERÊNCIA LOCAL: PMA SENHA: 52fo 282  
☐ ÓBITO Data: 1/1/19 AS 14:06 02 NOV 2017 ☐ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IML

Médico / Cremeps:

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

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

DATA: 1/1/19 HORA: 14:06

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900  
CNPJ 10.833.832/0001-03 (Insc. Est. 0028843-03) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOICE ALVES DE SOUZA

ENDEREÇO DA INSTALAÇÃO/COMERCIAL  
RUA PAU DE LEGUA 10

CPF 078.885.194-27 NIS 16327867784

PAU DE LEGUA/ALZ DE REBOUCAS  
IGARASSUPE  
53660-000

ENDEREÇO DA  
INSTALAÇÃO/COMERCIAL  
42000000

CONTA CONTRATO  
7025688320  
MÊS ANO  
11/2017

DATA DE VENCIMENTO  
14/11/2017  
DATA PRECISO DE PRECATORIO  
09/12/2017

DATA DE CANCELAMENTO  
07/11/2017  
Nº DO CLIENTE  
204531588  
Nº DA INSTALAÇÃO  
8440477

TOTAL A PAGAR (R\$) 101,41

|                                          | QUANTIDADE | PREÇO UNIT. | VALOR (R\$)   |
|------------------------------------------|------------|-------------|---------------|
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA              | 22.000,00  | 0,00225314  | 7,02          |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA              | 22.000,00  | 0,00225314  | 20,36         |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA              | 57.000,00  | 0,00717379  | 65,39         |
| Adicional Bandeira VERMELHA              |            |             | 7,41          |
| Multa por atraso NF 000387158 - 07/10/17 |            |             | 2,85          |
| Juros por atraso NF 000387158 - 07/10/17 |            |             | 0,19          |
| Atualização ICPM-MF 000387158 - 07/10/17 |            |             | 0,13          |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |             | <b>101,41</b> |

| Nº DO MEDIDOR | Tipo da Medição | Anterior   | Atual      | Nº DE | Constante | Ajuste | Consumo (kWh) |
|---------------|-----------------|------------|------------|-------|-----------|--------|---------------|
| 241010101     | CAI             | 07-10-2017 | 07-11-2017 | 31    | 1,0000    |        | 101,41        |

| Composição do Consumo |               | Composição do Consumo |               |
|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| Consumo               | Valor (R\$)   | Consumo               | Valor (R\$)   |
| Consumo de Energia    | 7,02          | Consumo de Energia    | 7,02          |
| Consumo de Energia    | 20,36         | Consumo de Energia    | 20,36         |
| Consumo de Energia    | 65,39         | Consumo de Energia    | 65,39         |
| Consumo de Energia    | 7,41          | Consumo de Energia    | 7,41          |
| Consumo de Energia    | 2,85          | Consumo de Energia    | 2,85          |
| Consumo de Energia    | 0,19          | Consumo de Energia    | 0,19          |
| Consumo de Energia    | 0,13          | Consumo de Energia    | 0,13          |
| <b>Total</b>          | <b>101,41</b> | <b>Total</b>          | <b>101,41</b> |

Este documento é uma cópia do original emitido pela Companhia Energética de Pernambuco. O original é de propriedade da Companhia Energética de Pernambuco e não deve ser utilizado para fins de cobrança ou pagamento. O original é de propriedade da Companhia Energética de Pernambuco e não deve ser utilizado para fins de cobrança ou pagamento.

Este documento é uma cópia do original emitido pela Companhia Energética de Pernambuco. O original é de propriedade da Companhia Energética de Pernambuco e não deve ser utilizado para fins de cobrança ou pagamento. O original é de propriedade da Companhia Energética de Pernambuco e não deve ser utilizado para fins de cobrança ou pagamento.

| Consumo            | Valor (R\$)   | Consumo            | Valor (R\$)   |
|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Consumo de Energia | 7,02          | Consumo de Energia | 7,02          |
| Consumo de Energia | 20,36         | Consumo de Energia | 20,36         |
| Consumo de Energia | 65,39         | Consumo de Energia | 65,39         |
| Consumo de Energia | 7,41          | Consumo de Energia | 7,41          |
| Consumo de Energia | 2,85          | Consumo de Energia | 2,85          |
| Consumo de Energia | 0,19          | Consumo de Energia | 0,19          |
| Consumo de Energia | 0,13          | Consumo de Energia | 0,13          |
| <b>Total</b>       | <b>101,41</b> | <b>Total</b>       | <b>101,41</b> |

CONTA CONTRATO 7025688320 MÊS ANO 11/2017 DATA DE VENCIMENTO 14/11/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 101,41

83860000001-8 01410011007-0 02568832010-0 10378086053-8



Comissão de Incentivo CA 70



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a via

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



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 de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

GEOVANO GAIÃO BORBA

CPF: 780.656.404-78

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIG HENRIQUE 222 -B

CENTRO/TIMBAUBA  
55870-000 TIMBAUBA PE

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

## DATA DE VENCIMENTO

09/02/2018

TOTAL A PAGAR(R\$)

166,57

## DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/02/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/02/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

004029073

## CONTA CONTRATO

007004026589

## Nº DO CLIENTE

2001121529

## Nº DA INSTALAÇÃO

0005229397

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

47FA.2987.5D74.6234.A2EF.66E2.2428.230D

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO     | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|-----------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)                       | 201,00     | 0,6874564 | 134,41      |
| Contribuição Iluminação Pública          |            |           | 24,14       |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 000308004-07/11/17 |            |           | 1,44        |
| Multa por atraso-NF 000376382 - 09/12/17 |            |           | 3,40        |
| Juros por atraso-NF 000376382 - 09/12/17 |            |           | 1,75        |
| Atualização IGPM-NF 000376382 - 09/12/17 |            |           | 1,43        |
| TOTAL DA FATURA                          |            |           | 166,57      |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |       |                  |                 |        |                  |                 |      |
|-------------------------|-------|------------------|-----------------|--------|------------------|-----------------|------|
| ICMS                    |       | PIS              |                 | COFINS |                  |                 |      |
| BASE DE CÁLCULO         | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %      | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    |
| 134,41                  | 25,00 | 33,60            | 134,41          | 0,57   | 0,76             | 134,41          | 2,60 |
|                         |       |                  |                 |        |                  |                 | 3,43 |

Compartilhe o não pagamento desta conta(s) de energia elétrica(s):

| Valor  | De Receb | Valor  |
|--------|----------|--------|
| 134,41 | 5207798  | 134,41 |

Em caso de não pagamento do boleto, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem  
como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito da SPC e SERASA,  
para abrangência nacional. Esta comunicação não substitui o envio de débitos anteriores bem  
como a não limpeza de débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do  
processo.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,6874564

## HISTÓRICO DO CONSUMO

| Consumo Ativo(kWh) | FEV 18 | JAN 18 | DEZ 17 | NOV 17 | OCT 17 | SET 17 | AGO 17 | JUL 17 | JUN 17 | MAY 17 | ABR 17 | MAR 17 | FEV 17 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                    | 201    | 150    | 227    | 232    | 154    | 164    | 199    | 190    | 198    | 201    | 210    | 265    | 213    |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |        | R\$   | % |
|-----------------------|--------|-------|---|
| Consumo de Energia    | 22,01  | 27,34 |   |
| Transmissão           | 1,37   | 2,85  |   |
| Distribuição Local    | 33,79  | 24,14 |   |
| Energia Solar         | 12,35  | 8,19  |   |
| Tributos              | 37,15  | 28,71 |   |
| TOTAL                 | 134,41 | 100   |   |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MÊS | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   | ATUAL     | Nº DIAS    | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO |
|---------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|--------|---------|
| DATA          | LEITURA        | DATA       | LEITURA   |            |           |        |         |
| 05/01/2018    | CAT            | 05/01/2018 | 10.926,00 | 03/02/2018 | 11.127,00 | 29     | 201,00  |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/03/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO                                                                                              | CONJUNTO | VALOR APURADO | MÉDIA MENSAL | MÉDIA TRIMESTRAL | MÉDIA ANUAL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|--------------|------------------|-------------|
| fev 2017                                                                                               |          |               |              |                  |             |
| Interrupção de energia com energia                                                                     | TIMBAUBA | 1,24          | 6,15         | 12,30            | 34,40       |
| Interrupção de energia sem energia                                                                     |          | 1,00          | 3,42         | 6,85             | 13,70       |
| Interrupção máxima de interrupção contínua                                                             |          | 1,24          | 3,63         | 0,00             | 0,00        |
| Limite DIET: 13,22                                                                                     |          |               |              |                  |             |
| Interrupção de interrupção em dia crítico                                                              |          |               |              |                  |             |
| Estimativa de Valor de Encargo de Uso - R\$ 49,78                                                      |          |               |              |                  |             |
| Todos os consumidores devem seguir e respeitar os indicadores DIET, POC, DIET e DIET a qualquer tempo. |          |               |              |                  |             |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso para multa 2%(Res 414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.  
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

## NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |        |
|-------------------|-----------------------|--------|
|                   | MÍNIMO                | MÁXIMO |
| 220               | 202                   | 231    |

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE ADM

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | VALOR DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 007004026589   | 02/2018 | 166,57             | 09/02/2018 |                    |

838500000016 665700110073 004028599107 112396438431



Evite dobrar, danificar ou rasgar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.



Autenticação de documentos



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Ayone Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.847.614/97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flavio Beneditino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.544.204/57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Leiterson Alves da Moura Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

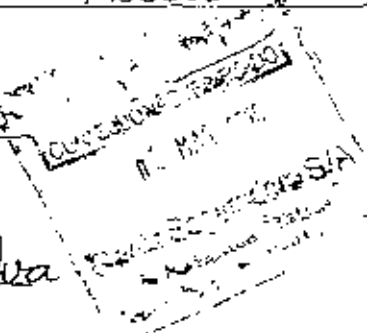
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                        |                           |                         |                                           |
|----------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Virg. Henrique</u>  |                           | Número<br><u>222</u>    | Complemento<br><u>B</u>                   |
| Bairro<br><u>Centro Limbauba</u>       | Cidade<br><u>Limbauba</u> | Estado<br><u>PE</u>     | CEP<br><u>55870-000</u>                   |
| Email<br><u>mufammaris02@gmail.com</u> |                           | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular(DDD)<br><u>998668833</u> |

Recibo \_\_\_\_\_ de 23 de fevereiro de 2012  
Local e Data

Ayone Karla Guedes Pereira Silva  
Assinatura do Declarante





# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO LACERDA BELEM

RG nº 5350354, data de expedição 03/03/95

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 02437467416, com

domicílio na cidade de JGARASSU, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Frei Miguelinho, CRUZ DE REBOUCAS, nº 121,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima LEIBSON OLIVEIRA DE SOUZA SILVA, cujo o condutor era

LEIBSON OLIVEIRA DE SOUZA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: XRE 300 H-04

Ano: 2010

Placa: KKV 2369

Chassi: 9C2ND0910A0009833

Data do Acidente: 02/10/2017

Local e Data: MONTE ALE 02/10/2017

Eduardo Lacerda Belem  
Assinatura do Declarante

Eduardo Lacerda Belem



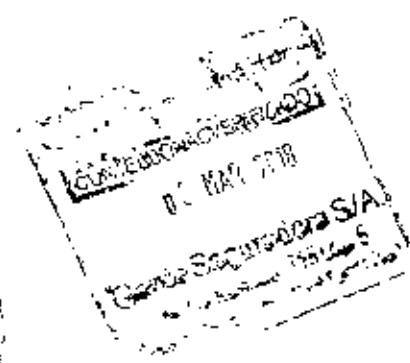
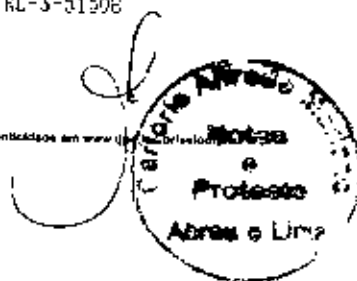
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO**  
BEL ALFREDO MARIANO DE SOUZA - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO - 1ª Subseção / EDUARDO OLIVEIRA DE SOUZA - 2ª Subseção  
R. Cel. Ubaldino de Souza, nº 51 - Centro - ARAUJO - PE - CEP 53.023-20. Fone: (81) 2411.1571 Fax: (81) 2411.1571 E-mail: alfredo@cartorioalfredomariano.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de EDUARDO LACERDA BELEM,  
Araújo e Lima/PE, 03/12/2017 14:52:27, em testemunho da verdade.  
Emolumentos: R\$ 3,68 TBR: R\$ 0,178 Total: 4,66. RC-3-51508

Luciana Oliveira de Lima Nereses - Substituta  
Selo digital: 0150607.1XN16201702.04252

consulte autenticidade em www.110.gov.br



# 24 HORAS - IGARASSU

Protocolo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 12:56

Nome Paciente: JEIBSON SIC  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 15  
Senha: P0048  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:



Continuação da explicação

Período: 02/11/2017 12:59 - 02/11/2017 13:01

Realizado por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Identidade:

Cor: AMARELO

Queixa Principal: AFIRMA DOR EM MID E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO SIC

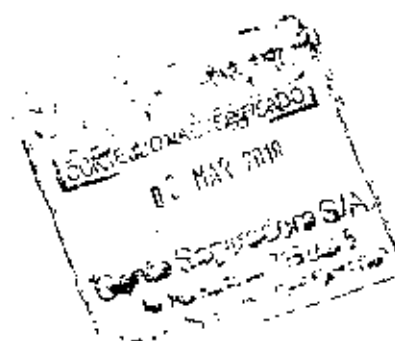
Observação: ACIDENTE DE MOTO. SIC

Histórico sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15



Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/11/2017 13:01



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                 |                        |          |         |
|---------------------------------|------------------------|----------|---------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 2 - CNES | 6431669 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 4 - CNES | 6431669 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                 |                                        |                                                                                 |               |                          |            |
|---------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|------------|
| 5 - Nome do Paciente            | JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA           |                                                                                 |               | 6 - Nº Prontuário        | 108792     |
| 7 - Cartão Nacional do SUS      | 8 - Data de Nascimento                 | 9 - Sexo                                                                        | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia             |            |
| 898003463963247                 | 24/08/2002                             | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 03 - Parda    | 0000 - Não Se Aplica     |            |
| 11 - Nome da Mãe                | JOICE ALVES DE SOUZA                   |                                                                                 |               | 12 - Telefone de Contato | 8199348491 |
| 13 - Nome Responsável           | FLAVIO ERNESTINO DA SILVA              |                                                                                 |               | 14 - Telefone de Contato |            |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | PAULO DE LEGUAS, 10 - CRUZ DO REBOUCAS |                                                                                 |               |                          |            |
| 16 - Município                  | 17 - IBGE                              | 18 - UF                                                                         | 19 - CEP      |                          |            |
| IGARASSU                        | 250680                                 | PE                                                                              | 53630970      |                          |            |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 5H, APRESENTANDO FERIMENTO EM DORSO DO PÉ E EM JOELHO DIREITO.

FRATURA DE 2º MTT DIR

21 - Condições que justificam a internação

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

RADIOGRAFIA E EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DO 2º MTT DIR

24 - CID 10 Principal

S923

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                             |                                                                |                                                                              |                                                                       |            |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado   | REDUÇAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS |                                                                              | 28 - Código do Procedimento                                           | 0408050209 |
| Especialidade                               | 30 - Caracter de Atendimento                                   | 31 - Documento                                                               | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |            |
| CIRÚRGICA                                   | 2                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> (X) CNS <input type="checkbox"/> ( ) CPF | 988016278437533                                                       |            |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação                                       | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)                       |                                                                       |            |
| SORMANE DE CARVALHO BRITTO                  | 02/11/2017                                                     | 16339                                                                        |                                                                       |            |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                                                                                                                                    | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete     | 41 - Série |
| 37 - ( ) Acid. Trabalho Típico                                                                                                                                                                                                                   | 42 - CNPJ / Empresa  | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR  |
| 38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto                                                                                                                                                                                                                  |                      |                     |            |
| 45 - Vínculo com a Previdência                                                                                                                                                                                                                   |                      |                     |            |
| <input type="checkbox"/> ( ) Empregado <input type="checkbox"/> ( ) Empregador <input type="checkbox"/> ( ) Autônomo <input type="checkbox"/> ( ) Desempregado <input type="checkbox"/> ( ) Aposentado <input type="checkbox"/> ( ) Não Segurado |                      |                     |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                                   |                                                            |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador                             | 47 - Cód. Órgão Emissor                                    | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
|                                                                   | E260000001                                                 |                                                       |
| 48 - Documento                                                    | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |                                                       |
| <input type="checkbox"/> ( ) CNS <input type="checkbox"/> ( ) CPF |                                                            |                                                       |
| 50 - Data da Autorização                                          | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)        |                                                       |
|                                                                   | Luciana Moser CRM 17171                                    |                                                       |

AIH  
261710093972-8

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

**Cód. Atendimento: 401964**

Usuário: JACKELINEEFL

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA** Prontuário: 108792  
Idade: 15a 2m 9d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 24/8/2002  
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53630970  
R.G.: C.P.F.: 10 - CRUZ DO REBOUCAS - IGARASSU - PE  
Endereço: PAULO DE LEGUAS  
**Dados da Internação**  
Data e Hora da Internação: 2/11/2017 19:35  
Plano: GERAL  
Origem: INTERNACAO  
Convênio: SUS - INTERNACAO  
Localidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-20  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA 511-2

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:  
Endereço: Número:  
Telefone: Cidade: Estado civil: 10-011-1E

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 03/11/17 Hora da Alta: 10:00  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: Bem  
Diagnóstico Principal.....: Frac. espont. de 2º MIB  
Diagnóstico Secundário01.: Rupt. parcial de tendão de quadríceps  
Diagnóstico Secundário02.:  
Tratamento.....: 11KC + DC + pie h mm  
2º MIB + Amnion p/ o  
quadríceps  
Assinatura e RG: *Luciana Mose*  
Médico e CRM: *Luciana Mose*  
CRM 17171  
Família - Ortopedia

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 03 de 11 de 17

*Luciana Mose*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 16:21



Nome Paciente: JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA  
Cód. Paciente: 108792  
Data de Nascimento: 24/08/2002  
Sexo: Masculino  
Idade: 15  
Senha: 0020  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 401956   
SAME: 96442

Período: 02/11/2017 16:53 - 02/11/2017 16:54

RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE CRUZ DE REBOLSA COM SENHA: 5290262 HD;  
FERIMENTO EXTESO EM JOELHO D+ FRATURA 2º MTT D

Observação: HAS-DM-ALERGIAS-

Imagem sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 94.00 BPM  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO  
16/11/2017

Acolhido(a) por: RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/11/2017 16:56

**Atendimento: 401956**
**Senha da Classificação:**
**0020**
**Data e Hora: 02/11/2017 16:26**
**Paciente: 108792 JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**
**Sexo: MASCULINO**
**Nome Social:**
**Data do Nascimento: 24/08/2002 Idade: 15 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA**
**Nome da Mãe: JOICE ALVES DE SOUZA**
**Nome do Pai: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA**
**Estado Civil: SOLTEIRO**
**Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA**
**CRM: 12346**
**Endereço: PAULO DE LEGUAS**
**10**
**Bairro: CRUZ DO REBOUCAS**
**Cidade/UF: IGARASSU**
**PE**
**Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA**
**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**
**Data Entrada Brasil:**
**Nacionalidade: BRASILEIRA**
**Nr Documento Estrangeiro:**
**Observação:**
**RESUMO DE TRATAMENTO**
**Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_**
**Queixa Principal**

Paciente vítima de acidente de moto na av. nacional. Queixa principal de dor no membro superior direito em dorso do pé esquerdo direito e joelho direito.

**Exame Físico**

neurovascular preservado. Pericardio: lesão de pele de 1 cm no dorso do pé esquerdo.

**Hipótese Diagnóstico**

Lesão extensa joelho ① + fratura de fêmur ② de metacarpo ③

**Prescrição Médica**

1- Doloroso intenso

2- Analgésico com efeito sedativo

Insuficiente

**Assinatura e Carimbo Médico**

**Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência**
**Senha: \_\_\_\_\_**
**( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_**
**( ) Encaminhado ao setor de internação**

## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ☒ Causa Clínica ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ☒ Domicílio ☐ Local de Trabalho ☐

SENHA 5290 262

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Juliano Alves da Silva Idade: 15

Sexo: M ☒ F ☐ Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: Itapetininga - SP

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ☐ Caminhão ☐ Carro de Passado ☐ Motocicleta ☒  
Atropelamento: Pedestre ☐ Ciclista ☐  
Automóvel: (Colisão): Passageiro ☐ Motorista ☐ Banco de Trás ☐ Banco da Frente ☐ Uso de Cinto: S ☐ N ☐  
Motocicleta: Motocicleta ☒ Passageiro ☐ Uso de Capacete: S ☒ N ☐  
Semi-Afogamento/Submersão ☐ Soterramento ☐  
Intoxicação Exógena ☐ Animais peçonhentos ☐ Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ☐  
Queimaduras: 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau ☐  
Queda: ☐ Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ☐ Queda da Própria Altura  
Agressões: ☐ Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ☐ Arma Branca/Tipo \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ☐ Maus Tratos ☐ Outros ☐ Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ☐ Impacto Frontal ☐ Impacto Lateral ☐ Impacto Traseiro ☐ Ejeção ☐ Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com febre e dor de garganta

Hipótese diagnóstica: Infecção bacteriana de garganta

### AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ☐ N ☐ Tiragem intercostais S ☐ N ☐ Obstrução Vias Aéreas: S ☐ N ☐  
Sibilos Expiratórios: S ☐ N ☐ BAN\* S ☐ N ☐ Deformidades do tórax: S ☐ N ☐ Gemido/Estridor: S ☐ N ☐  
Distúrbio Fala/Choro: S ☐ N ☐  
Agitação Psicomotora: S ☐ N ☐ Lesões de face: S ☐ N ☐ Retração Xifóide S ☐ N ☐  
Perfusão Periférica: Boa ☐ Lentificada ☐ Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ☐ Hipofonética ☐  
Pulso: Rítmico ☐ Arritmico ☐ Filiforme ☐ Fino ☐  
Coloração da Pele: Normocorada ☐ Palidez ☐ Cianose ☐  
Sudorese: S ☐ N ☐ Desidratado: S ☐ N ☐ Ictérico: S ☐ N ☐

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Inresponsivo ( )

## EXAME NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow (EGG)

### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a Voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura Ocular 1

### RESPOSTA VERBAL

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons Incompreensíveis 2  
Sem Respostas Verbal 1

### RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando  
Localiza Estímulo Doloroso  
Retirada ao Estímulo Doloroso  
Descorticação  
Decerebração  
Sem Resposta Motora

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderada  
ECG 14-15: TCE Leve

### NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácicas: S( ) N( ) Fraturas Pélvis: S( ) N( )

Lesões Intra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em osso Longo: Fachada ( ) Aberta ( )

### USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )

Lolô ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) Anfetamina ( ) Éxtase ( )

### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: Ceftriaxona

Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade

FI02:

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar:

Volume de Fluidos Infundido:

Outras Conduas:

Intercomências:

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Hora: 14:50

Dr. Aurivan B. de Melo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 14013

02 NOV 2017

Médico Assistente

Local e data



**Dra Luciana Moser**  
CRM 17171  
Fisioterapia - Ortopedia

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Viso de Cirurgia : 46029  
Paciente : 108792  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 696  
Dt. Início : 02/11/2017 21:02  
Pré-Operatório : S923  
Pós-Operatório : S923

Sala : 0001 SALA 01  
JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-20  
Dt. Fim : 02/11/2017 22:28

Atendimento : 401964  
Carteira :  
Idade : 15 Anos 9 Dias 22 Horas

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO  
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050462

Convênio: 001  
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO  
RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNOSTICO OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DO 2º MTT DIREITO+ LESÃO PARCIAL DE TENDÃO QUADRICIPTAL E FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LIMPEZA CIRÚRGICA+ FIXAÇÃO DA FRATURA DE 2º MTT COM FK + TENORRAFIA DE TENDÃO QUADRICIPTAL E SUTURA EM MID  
COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:  
CONDIÇÕES PRÉ - OPERATÓRIAS IMEDIATAS

OPERADOR: DR. SORMANE  
1º AUXILIAR: DRA. MARILIA  
ANESTÉSICO: RAQUIANESTESIA  
ANESTESISTA: DRA. SIMONE  
TIPO DE INTERVENÇÃO:  
ACIDENTES E MEDICAÇÃO DURANTE A INTERVENÇÃO:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO/CÓDIGO:

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS  
SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTÉSIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO E DESSRIDAMENTO EM PE DIREITO, ENTRE O 1º E 2º PDD
5. ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA DO 2º MTTD
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 8.000ML
7. REDUÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA COM FK 1,5 INTRAMEDULAR NO 2ºMTTD
8. SUTURA DE FERIMENTO EM PÉ DIREITO
9. ABORDAGEM DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO, VISUALIZADO LESÃO PARCIAL DE TENDÃO QUADRICIPTAL
10. LAVAGEM EXAUSTIVA DE FERIMENTO E TENORRAFIA DO TENDÃO QUADRICIPTAL EM JOELHO DIREITO
11. DEBRIDAMENTO E SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO
12. CURATIVO ESTÉRIL

Atendimento: 401964

Dt Atendimento: 02/11/2017 - 19:35

Dt Alta: 03/11/2017 - 13:29

Paciente: 108792 JEISSON ALVES DE SOUZA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: FLAVIACAW

CID: S923

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento de Alta 0301080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: SOLÍSIO ALVES DE SOUZA SILVA REG: 105793  
IDADE: 45 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 02/11/14 DATA DA ALTA 03/11/14  
DIAGNÓSTICO: 11 F. UT. apoplexia do 2º V. D.  
21 F. C. insuficiência cardíaca congestiva  
parcialmente resoluída - não que nem cura

**TRATAMENTO REALIZADO:**

11 F. C. - 100 mg/dia - 02/11/14  
21 F. C. - 100 mg/dia - 02/11/14

**ORIENTAÇÃO:**

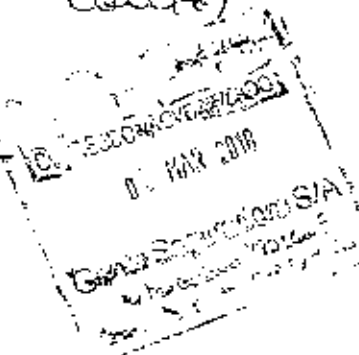
11 Manter a medicação  
21 Manter a medicação  
31 Manter a medicação  
em acompanhamento com a família

**PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ( ) NÃO ( ) com 02 consultas  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/15 em Procedimentos

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Dr. Luciana Masc  
CRM 17171  
Colégio - 042012-2





Documento emitido em 07/04/2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CÍVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
SERVIÇO REGISTRAL DE IGARASSU  
Av. MARIO MELO - 30, CENTRO, IGARASSU/PE.  
CEP: 53.610-600 Fone (081)3543-4852  
Email: servicoregistraldeigarassu@gmail.com

Certidão de Nascimento

NOME:

**JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**

MATRÍCULA:

**077669 01 55 2002 1 00086 146 0045981 34**

|                                                                                                                                        |                                                                 |                                         |                                 |                   |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------|
| DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)<br>Vinte e quatro de agosto de dois mil e dois.                                                       |                                                                 |                                         | DIA<br>24                       | MEZ<br>08         | ANO<br>2002 |
| HORA DE NASCIMENTO<br>23h05min                                                                                                         | MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO<br>PAULISTA - PE |                                         |                                 |                   |             |
| MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO<br>IGARASSU - ESTADO DE PERNAMBUCO                                                        |                                                                 | LOCAL DE NASCIMENTO<br>HOSPITAL CENTRAL |                                 | SEXO<br>Masculino |             |
| FILIAÇÃO<br>FLAVIO ERNESTINO DA SILVA e JOICE ALVES DE SOUZA                                                                           |                                                                 |                                         |                                 |                   |             |
| AVÓS<br>FLORES ERNESTINO DA SILVA e GILVANIZE MARIA DA SILVA (paternos) e EVARISTO PEDRO DE SOUZA e SEVERINA ALVES DE SOUZA (maternos) |                                                                 |                                         |                                 |                   |             |
| CÊMBOS<br>Não                                                                                                                          | NOME E MATRÍCULA DO(S) CÊMBOS(S)<br>Nada consta.                |                                         |                                 |                   |             |
| DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)<br>Um de outubro de dois mil e dois.                                                                    |                                                                 |                                         | NÚMERO DA DNV<br>Não informado. |                   |             |
| OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES<br>Ato registrado no livro A-86, às folhas 146b sob o nº 45981. Não constam averbações à margem do termo.     |                                                                 |                                         |                                 |                   |             |

Nome do ofício  
SERVIÇO REGISTRAL DE IGARASSU

MARIA DE FATIMA RODRIGUES NEVES  
Oficiala registradora

MISTEFFANY VANDERLEI DA HORA  
Escrevente Autorizada

Município/UF  
IGARASSU/PE

Endereço  
AV. MARIO MELO, Nº30

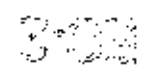
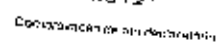
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
IGARASSU, 7 de abril de 2016.

*Misteffany Vanderlei da Hora*  
OFICIALA / ESCRIVENTE AUTORIZADA

Serviço Registral de Igarassu  
Misteffany Vanderlei da Hora  
Escrevente Autorizada

Selo nº 0077669.RZ.J01201601.01208  
Consulte a Autenticidade do Selo Digital em [www.tpe.jus.br/seloof](http://www.tpe.jus.br/seloof)  
ATO GRATUITO





REGISTRO GERAL

21503789230500056.6401579

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO 22/06/2015

NOME << FLAVIO ERNESTINO DA SILVA >>

ENDEREÇO << EDMILSON ERNESTINO DA SILVA >>  
<< GILVANIZE MARIA DA SILVA >>

NACIONALIDADE PAULISTA - PE

DATA DE NASCIMENTO 28/09/1990

COD. ORDEM << CN 31755 L 129 F 71 CART SEDE  
PAULISTA-PE 05.10.1990 >>

CNP 058.544.204-57

Ana Patrícia C.G. Alencar  
Polícia - Gerente

LEI Nº 7.136 DE 28/08/83

21503789230500056.6401579





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013177646286  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 174157894 \*\*\*\*\* 2017

EDUARDO LACERDA BELEM

IGARASSU-PE

024.374.574-15 KKV2369

\*\*\*\*\* 022ND091GAR009833

3AS MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/XRE 300 2009 2010

2E/291CL PARTIC PRETA

IPVA 2017 QUITADO \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

IGARASSU-PE 17/05/17

Charles Andrews Souza Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

07.11.2019  
S/A  
S/A

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180119757

**Nome do(a) Examinado(a):** JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Pau de Legua, 10 - Igarassu/PE - CEP 53605-030

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 004598134 - cert nasci - 07/04/2016

**Data e Local do Acidente :** 02/11/2017 - Igarassu/PE

**Data e Local do Exame :** 27/03/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

fratura exposta de 2 metatarso direito

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 4 meses

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

vítima com limitação na mobilidade de grau residual do pé direito, sem prejuízo de força, com consolidação viciosa de fratura, sem alteração da marcha, presença de cicatriz cirúrgica

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

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

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Limitação funcional de grau residual do pé direito, com consolidação viciosa de fratura

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

pé direito

% do Dano ( X ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180119757 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Trama em joelho direito.

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180119757 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do segundo metatarso direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular do segundo pododáctilo direito associado a consolidação viciosa acarretando limitação funcional do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura exposta do segundo metatarso direito (fixação metálica).  
Não realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 11/2017.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/03/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé direito.

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 pés | 50 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                  |                                              |                                                      | 5 %       | R\$ 675,00            |

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

Outorgante: FLAVIO EMERSON DA SILVA, Brasileiro(a), estado Civil CASADO, profissão DESOCUPADO, residente e domiciliado à Rua 132, nº 16, bairro CALUS I, Município de: ABREV E LIMA, Estado PE, Cep: 53.530-180, Rg nº 7.699.182, órgão emissor SDS / PE e CPF nº 058.544.204-54

Outorgado(a): **Ayane Karla Guedes Pereira Silva**, inscrito(a) no CPF sob o nº **009.847.614-97**, Carteira de Identidade nº **5.968.745**, órgão emissor **SDS-PE**, estado civil **casada**, autônoma, com endereço na Rua: **Vigário Henrique, 222, Centro, Timbaúba -PE.**

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto a qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Leilson Alves de Souza Silva, ocorrido em 02/11/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ABREV E LIMA, OS 05 de DEZEMBRO de 2017.

Cartório  
Alfredo Mariano

Flavio Emerson da Silva

Outorgante

Obs.: Rec

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO  
R. DE VIGÁRIO HENRIQUE, 222 - CENTRO - TIMBAÚBA - PE - CEP: 53.530-180 - Fone: (81) 3411.9112 - E-mail: timbauba@cartorioalfredomariano.com.br

PROTESTO: por AUTENTICAÇÃO de FLAVIO EMERSON DA SILVA  
Rg nº 7.699.182 - CPF nº 058.544.204-54 - em 02/11/2017, às 14:20:22, no Tabelionato de Notas e Protesto do Cartório Alfredo Mariano - Timbaúba - PE - CEP: 53.530-180 - Fone: (81) 3411.9112 - E-mail: timbauba@cartorioalfredomariano.com.br

Cartório Alfredo Mariano - Timbaúba - PE

consultar em: [www.cartorioalfredomariano.com.br](http://www.cartorioalfredomariano.com.br) ou em: [www.tjpe.br/sistema](http://www.tjpe.br/sistema)

