



09/03/2021

Número: **0059220-91.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76587 232	09/03/2021 15:30	2758392_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 26ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00592209120208172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 8 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





09/03/2021

Número: **0059220-91.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76587236	09/03/2021 15:30	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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200310279

Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ANDERSON FARIAS 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 16086499

Pag. 0003300034 - carta_01 - INVALIDEZ

00020267





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou FSL: 3 - CPF da vítima: 082.305.594-90 4 - Nome completo da vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 462/2012

5 - Nome completo: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA 6 - CPF: 082.305.594-90

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TAMANIQUE 9 - Número: 215 10 - Complemento: CC-8

11 - Bairro: N. DESCOBERTA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52090-020

15 - E-mail: (81) 9.8835-4910

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 2144467

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não compareci à perícia de avaliação do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 28 de Agosto 2020.

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.005 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0107000521**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2020** às **10:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2020** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA NOVA DESCOBERTA, 1** - Bairro: **BREJO DE BEBERIBE** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **52090-003**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSUEL VICENTE FERREIRA (OUTRO)
JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA**

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

JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSINEINE FRANCISCA DE FREITAS** Pai: **JOSE AURELIO DA SILVA** Data de Nascimento: **5/2/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5370400097/SDS/PE (RG), 08230559490 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares: **988354910**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **M** Pai: **P** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOSUEL VICENTE FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VANISIA VICENTE FERREIRA** Pai: **MOSEIS TOME FERREIRA** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL VICENTE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA, QUE NO DIA CITADO, ELE TRANSITAVA PELO ALTO TREZE DE MAIO NA LOCALIDADE DO ALTO DAS PEDRINHAS, PROXIMO A ASSEMBLEIA DE DEUS, ONDE ELE CAIU EM UM BURACO LOCALIZADO NA RUA, E FOI SOCORRIDO PELO SEU CUNHADO E LEVADO PARA A UPB DA CAXANGA, ONDE DEU ENTRADA NO DIA 23/04/2020 CONFORME O PRONTUARIO DE NUMERO 00498663, ATENDIMENTO 01420460,, ONDE FOI FEITO LIMPEZA E SUTURA MAIS CORATIVO, E LIBERADO, SENDO NO DIA SEGUINTE DIA 24/04/2020, ELE DEU ENTRADA NOVA MENTE COFORMRO PRONTUARIO DE NUMERO 00498663, ATENDIMENTO 01420588, COM FRATURA DE MALEOLO DIREITO E FRATURA DE TORNOZELO, ONDE FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREIRAS, CONFORME O PRONTUARIO DE NUMERO 1023284, ONDE DE LA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL ARLIDO MOURA COFORME O NUMERO DE ATANDIMENTO 342720, POR ESTE MOTIVO PEDE PROVIDENCIAIS POLICIAIS.

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

JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA
JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDINALDO MATIAS DE LIMA** - Matrícula: **3809471**
(Liberado em 28/08/2020 às 11:21)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou FSL: 3 - CPF da vítima: 082.305.594-90 4 - Nome completo da vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 462/2012

5 - Nome completo: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA 6 - CPF: 082.305.594-90

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TAMANIQUE 9 - Número: 215 10 - Complemento: CC-8

11 - Bairro: N. DESCOBERTA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52090-020

15 - E-mail: (81) 9.8835-4910

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ 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 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não compareci pessoalmente ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de perícia para o Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 28 de Agosto 2020.

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.005 V002/2019



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: 14/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000214446-7

Nr. da Autenticação 0DA92FF3B5B4EBF8



CELPE**NOTA FISCAL - FATURA - CONTRATO DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Paranaense de Energia Elétrica
 Av. João de Deus, 115, Boa Vista, Recife - PE CEP: 50030-002
 CNPJ: 06.935.832/0001-00 | Insc. Est.: 0029858599-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GEYSE VICENTE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TAMANQUE, 215 CS- B

CPF: 118.385.884-75 INSC. EST.: 0029858599-02

NOVA DESCOBERTA RECIFE

RECIFE PE

50060-020

CLASSIFICAÇÃO

R1 - RESIDENCIAL

BANK RENDA COMMS

Massificação

Nº DA FATURA: 11838588475 INSC. EST.: 0029858599-02

11838588475 UNICA 2009/2020

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 01/01/2020 a 31/12/2020

2009/2129 2009/24481 1600/200

CONTRATO Nº	7029858599	DATA	08/2020
Nº DA FATURA	11838588475	DATA DE EMISSÃO	08/09/2020
DATA DE VIGÊNCIA	01/01/2020 a 31/12/2020		
			133,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo TUSO até 30 kWh	30,0000000	0,14000000	4,20
Consumo TUSO superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,20000000	14,00
Consumo TUSO superior a 100 até 250 kWh	40,1100000	0,39000000	15,64
Consumo TE até 30 kWh	30,0000000	0,12700000	3,81
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,23000000	16,10
Consumo TE superior a 100 até 250 kWh	40,1100000	0,23000000	9,23
Contribuição Pública Municipal			25,00
ICMS Substituição - CDE-PE 113468185-2200/73			0,00
ICMS Substituição - Renda			7,48

TOTAL DA FATURA

133,28

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DE	Tipo de	Arquivo	Arquivo	Nº DE	Consumo	Arquivo	Consumo
REGISTRO	FEEDBACK	DATA	LEITURA	REGISTRO	UNID.	DATA	UNID.
98029440	DATA	08/09/2020	1.871,00	98029440	200	08/09/2020	1.871,00

ANÁLISE DE CONSUMO

MÊS DE

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MÊS DE

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MÊS DE

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MÊS DE

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ACORDO

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUÍ CONTAS EM ABERTO

EM 47/19, 24/20, 20/21, 20/22, 20/23, 20/24, 20/25, 20/26, 20/27, 20/28, 20/29, 20/30, 20/31, 20/32, 20/33, 20/34, 20/35, 20/36, 20/37, 20/38, 20/39, 20/40, 20/41, 20/42, 20/43, 20/44, 20/45, 20/46, 20/47, 20/48, 20/49, 20/50, 20/51, 20/52, 20/53, 20/54, 20/55, 20/56, 20/57, 20/58, 20/59, 20/60, 20/61, 20/62, 20/63, 20/64, 20/65, 20/66, 20/67, 20/68, 20/69, 20/70, 20/71, 20/72, 20/73, 20/74, 20/75, 20/76, 20/77, 20/78, 20/79, 20/80, 20/81, 20/82, 20/83, 20/84, 20/85, 20/86, 20/87, 20/88, 20/89, 20/90, 20/91, 20/92, 20/93, 20/94, 20/95, 20/96, 20/97, 20/98, 20/99, 20/100, 20/101, 20/102, 20/103, 20/104, 20/105, 20/106, 20/107, 20/108, 20/109, 20/110, 20/111, 20/112, 20/113, 20/114, 20/115, 20/116, 20/117, 20/118, 20/119, 20/120, 20/121, 20/122, 20/123, 20/124, 20/125, 20/126, 20/127, 20/128, 20/129, 20/130, 20/131, 20/132, 20/133, 20/134, 20/135, 20/136, 20/137, 20/138, 20/139, 20/140, 20/141, 20/142, 20/143, 20/144, 20/145, 20/146, 20/147, 20/148, 20/149, 20/150, 20/151, 20/152, 20/153, 20/154, 20/155, 20/156, 20/157, 20/158, 20/159, 20/160, 20/161, 20/162, 20/163, 20/164, 20/165, 20/166, 20/167, 20/168, 20/169, 20/170, 20/171, 20/172, 20/173, 20/174, 20/175, 20/176, 20/177, 20/178, 20/179, 20/180, 20/181, 20/182, 20/183, 20/184, 20/185, 20/186, 20/187, 20/188, 20/189, 20/190, 20/191, 20/192, 20/193, 20/194, 20/195, 20/196, 20/197, 20/198, 20/199, 20/200, 20/201, 20/202, 20/203, 20/204, 20/205, 20/206, 20/207, 20/208, 20/209, 20/210, 20/211, 20/212, 20/213, 20/214, 20/215, 20/216, 20/217, 20/218, 20/219, 20/220, 20/221, 20/222, 20/223, 20/224, 20/225, 20/226, 20/227, 20/228, 20/229, 20/230, 20/231, 20/232, 20/233, 20/234, 20/235, 20/236, 20/237, 20/238, 20/239, 20/240, 20/241, 20/242, 20/243, 20/244, 20/245, 20/246, 20/247, 20/248, 20/249, 20/250, 20/251, 20/252, 20/253, 20/254, 20/255, 20/256, 20/257, 20/258, 20/259, 20/260, 20/261, 20/262, 20/263, 20/264, 20/265, 20/266, 20/267, 20/268, 20/269, 20/270, 20/271, 20/272, 20/273, 20/274, 20/275, 20/276, 20/277, 20/278, 20/279, 20/280, 20/281, 20/282, 20/283, 20/284, 20/285, 20/286, 20/287, 20/288, 20/289, 20/290, 20/291, 20/292, 20/293, 20/294, 20/295, 20/296, 20/297, 20/298, 20/299, 20/300, 20/301, 20/302, 20/303, 20/304, 20/305, 20/306, 20/307, 20/308, 20/309, 20/310, 20/311, 20/312, 20/313, 20/314, 20/315, 20/316, 20/317, 20/318, 20/319, 20/320, 20/321, 20/322, 20/323, 20/324, 20/325, 20/326, 20/327, 20/328, 20/329, 20/330, 20/331, 20/332, 20/333, 20/334, 20/335, 20/336, 20/337, 20/338, 20/339, 20/340, 20/341, 20/342, 20/343, 20/344, 20/345, 20/346, 20/347, 20/348, 20/349, 20/350, 20/351, 20/352, 20/353, 20/354, 20/355, 20/356, 20/357, 20/358, 20/359, 20/360, 20/361, 20/362, 20/363, 20/364, 20/365, 20/366, 20/367, 20/368, 20/369, 20/370, 20/371, 20/372, 20/373, 20/374, 20/375, 20/376, 20/377, 20/378, 20/379, 20/380, 20/381, 20/382, 20/383, 20/384, 20/385, 20/386, 20/387, 20/388, 20/389, 20/390, 20/391, 20/392, 20/393, 20/394, 20/395, 20/396, 20/397, 20/398, 20/399, 20/400, 20/401, 20/402, 20/403, 20/404, 20/405, 20/406, 20/407, 20/408, 20/409, 20/410, 20/411, 20/412, 20/413, 20/414, 20/415, 20/416,

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28



ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO



ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
28/08/2020 18:20:28





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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=29535>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu VALMIR HONORIO DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE ANDERSON F. DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 082.305.594 / 90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOSE ANDERSON F. DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 082.305.594 / 90, 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: <u>Rua Ubirajara</u>	Número: <u>16</u>	Complemento: <u>CS.</u>
Bairro: <u>TABAJARA</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.530-360</u>	Tel./DDD: <u>(81) 9.8287-3559</u>

Local e Data: RECIFE 28 de Agosto 2020.

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-04-23 18:23:12

	Nome Paciente:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
	Cód. Paciente:	498663
	Data de Nascimento:	05/02/1987
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	OR0013
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1420460 
SAME:		

Período: 2020-04-23 18:23:12 - 2020-04-23 18:29:52

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE COM RELATO DE DOR, EDEMA E CORTO CONTUSO EM MID APOS QUEDA DE MOTO.
Observação:	HAS: - DM: - ALERGIA: -
Fluxograma sintoma:	ACIDENTE DE TRANSPORTE
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: EVANDRA BATISTA SILVA PINHEIRO - COREN: 440584 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-07-29 07:48:16





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:

498663-JOSÉ ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade:

33a Sm

Nascimento:

05/02/1987

Sexo:

MASCULINO

Contatos:

/ 81-984635820

Mãe:

JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:

RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

realizado limpeza + debridamento + sutura + curativo
paciente se nega a tratamento cirúrgico, oriento sobre os riscos de desvio.

Marcelo Correia

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:

498663-JOSÉ ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade:

33a 5m

Nascimento:

05/02/1987

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-984635820

Mãe:

JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:

RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data de Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

em tempo, após avaliar ferimento do tornozelo com manobra de testes se trata de ferimento superficial sem invasão do compartimento articular

EXAME FÍSICO:

edema em tnz + ferimento superficial em tnz

DIAGNÓSTICO:

fratura de malleolo lateral
ferimento em joelho direito
ferimento superficial em tnz

Guilherme

UA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844365 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:

498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade:

33a Sm

Nascimento:

05/02/1987

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-984635820

Mãe:

JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:

RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19547

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

RELAT ODE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM COTOVELO E MÃO ESQ + DOR EM JOELHO/PE/TNZ DIREITO. NEGA TRAUMA NA CABEÇA, DESMAIO, VÔMITOS OU PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA DOR CERVICAL, DOR TORÁCICA E DOR ABDOMINAL.

EXAME FÍSICO:

A VIAS AERIAS PERVIAS SEM COLAR
B FR 16
C FC 80
D ECG 15
E EDEMA + FERIMENTO EM TNZ D + FERIMENTO EM JOELHO D
MSE SEM CREPITAÇÃO, SEM LIMITAÇÃO DA ADM, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADE

DIAGNÓSTICO:

FRATURA EXPOSTA DO TNZ D
FERIMENTO EM JOELHO EM JOELHO D

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:

498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade:

33a 5m

Nascimento:

05/02/1987

Sexo:

Contato:

MASCULINO

/ 81-984635820

Mãe:

JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:

RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

REALIZADO LIMPEZA + DEBRIDAMENTO + SUTURA EM JOELHO D.
CURATIVO ESTERIL EM TNZ D.
TRANSFERENCIA

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-984635820

Idade: Nascimento:
33a 5m 05/02/1987

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura de malleolo lateral

CID PRINCIPAL: S526

CONDUTA:

realizado limpeza + debridamento + sutura + curativo
TRANSFERENCIA

Handwritten signature

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-964635820

Idade: Nascimento:
33a 5m 05/02/1987

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020
Prontuário: 00498663
Nº Atendimento: 01420460
Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 23 DE ABRIL DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 5927549

QP:

Paciente COM HISTÓRIA D E ACIDENTE D EMOTO COM DOR E DEMA EM TNZ DIREITO.

EVOLUÇÃO:

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50960580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Contatos: 81-984635820

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANJUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00458563

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Analgesia
2. Rx do joelho, perna e tornozelo direitos + cotovelo esquerdo (Resultado das radiografias indisponíveis até as 18h55)

Filipe Mesquita
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PE 2-0001 / TEOT 15624
FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos: / 81-984635820
MASCULINO -

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema no joelho direito, tornozelo direito, cotovelo esquerdo + ferimento no joelho direito após acidente motociclístico hoje.

EXAME FÍSICO:

EGS, eupneico, orientado
Ferimento anterior do joelho direito
Sem deformidades
Bloqueio algico da flexoextensão do joelho direito

DIAGNÓSTICO:

1. Ferimento no joelho direito

Filipe Mesquita
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PE 21360 / TEOT 15624

[illegible]

15. PROCEDEMO A PUBLICAR ESTE DOCUMENTO

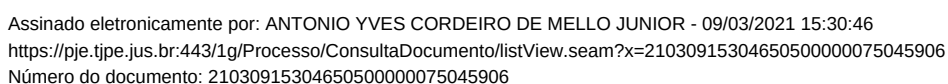
collected specimens

doi:10.1017/S0022278X12001009

☐ 31 - ALBERTO DE TADÓLLO
☐ 32 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 33 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 34 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 35 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 36 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 37 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 38 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 39 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 40 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 41 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 42 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 43 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 44 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 45 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 46 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 47 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 48 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 49 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 50 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 51 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 52 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 53 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 54 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 55 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 56 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 57 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 58 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 59 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 60 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 61 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 62 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 63 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 64 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 65 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 66 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 67 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 68 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 69 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 70 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 71 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 72 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 73 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 74 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 75 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 76 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 77 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 78 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 79 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 80 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 81 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 82 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 83 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 84 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 85 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 86 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 87 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 88 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 89 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 90 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 91 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 92 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 93 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 94 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 95 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 96 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 97 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 98 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 99 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO
☐ 100 - ALBERTO TADÓLLO TADÓLLO

[illegible]


CADASTRADO
SANTO





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 454663-JOSÉ ANDERSON FARIAS DA SILVA
Idade: 33a 2m Nascimento: 05/02/1987
Sexo: Masculino Contato: 81-984635820

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Endereço: RUA TANANQUIA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020
Prontuário: 00498563
RP Atendimento: 01420588
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO
RD FRATURA DE TORNOZELO, em: 24/04/20 21:58

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

INTERNAMENTO
ANALGESIA
ENCAMINHADO VIA CENTRAL DE LEITOS, em: 24/04/20 21:58

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

[Handwritten signature]
RUA TANANQUIA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/PE - CEP:
52090020

REGISTRADO
[Handwritten signature]

RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980500 / FONE: 81-31644366 / CBC: 3767631003600





Nome: 18663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Idade: 33e 2m Nascimento: 05/02/1987
Sexo: Masculino Contato: 81-984635820
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Endereço: RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020
Prontuário: 00498663
Nº Atendimento: 01420588
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22166

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 24 DE ABRIL DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA HOF

SERIAL: 8920667

QF:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE PRATICA DE TORNOZELOS DIREITO HA 01 DIA
SENDO ENCAMINHADO PARA O HOF

ACIU ONTEM DA UNIDADE,

EXORNA NO DIA DECORRENTE DE DOR

EVOLUÇÃO:

MIS IMOBILIZADO COM TALA BOYA

EXTREMIDADES PERIFÉRICAS

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22166
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA WILHEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 21-31844306 / FAX: 21-31844306



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME : JOSE ANDERSON FARIAS

REGISTRO: 10232884

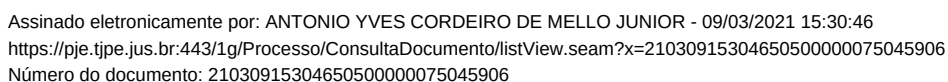
IDADE:

ADMISSÃO: 25042020

MEDICAMENTO		26.04						
1.	DIETA LIVRE							
2.	DIPIRONA 2G + AD EV 6/6 HS							
3.	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 150ML EV LENTO DE 8/8 HS S/N							
4.	PLASIL 1AMP +AD EV 8/8HS S/N							
5.	OMEPRAZOL 40MG + AD EV PELA MANHÃ							
6.	ATENSINA 0,100MG SE PAD>110 E/OU PAS>160MMHG							
7.	TRANSFERIR PARA ELETIVA							
8.	SSVV + CCGG + CURATIVO							

Dr. Ricardo Bruno Fátima
Com. 17.864-3

[Signature]





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Idade: 33 Anos 2 Meses 20 Dias
Nasc.: 05/02/1987
Sexo: MASCULINO
CNS: 702609218953945
Contatos: 81. 83386629 | Celular: 81.
Mãe: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Endereço: RUA TAMANIGUA, N.º 215 - BAIRRO: NOVA DESCOBERTA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Dados do Atendimento:	
Data/Hora Atend.:	25/04/2020 08:38
Prontuário:	1023284
Nº. Atendimento:	3448931
Serviço:	CIRURGIA
Enfermaria/Leito:	
Médico:	
EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR	

Admissão

Queixa Principal

dor em tornozelo direito

História Clínica

acidente de moto há 48h

Exame Físico

dor e edema em topografia do maléolo lateral
ferimento suturado em região posterior do tornozelo, topografia do calcâneo

Observações

x: fratura de maléolo lateral

Conduta

internamento para tratamento cirúrgico

Dr. Edson Souza Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 17.475 - TEOT 12.721

EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.17475

/Hora: 25/04/2020 - 11:29

26.04.2020

sem infecção
FEB, liquido, corado
SUV - NBR
CS, Aquada Linza

[Assinatura]

Dr. Ricardo Bruno Fittipaldi
CRM - 17.854-3

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25/04/2020 08:38

Nome Paciente:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente:	1023284
Data de Nascimento:	05/02/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	EA0011
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3448931 
SAME:	1023284

Período: 25/04/2020 08:50 - 25/04/2020 08:52

MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: ENC AO ORTOPEDISTA COM TRAUMA EM MID, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. IMOBILIZADO
NEGA HAS E DM.
JOELHO DIREITO COM SUTURA
REFERE TEMPERATURA ONTEM.

Observação: TEMP=36,4

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

CADASTRADO
SILVEIRA NETTO

Acolhido(a) por: MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/04/2020 08:52

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3448931 Prontuário: 1023284

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA Nome Social:

Data Nasc.: 05/02/1987 Idade: 33 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: CNS: 702609218953945

Endereço: RUA TAMANIGUA Nº: 215

Bairro: NOVA DESCOBERTA Cidade: RECIFE Estado: PE

CEP: 52081420 Fone: 558183386629 Celular:

Acompanhante: Profissão:

Nome da Mãe: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Notícia
USSAT
Kusir
02-05-20

2 - ATENDIMENTO Data: 25/04/2020 08:38 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

(P. 6)

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: Horário

Data	Prescrição	Horário
25/04/2020	# Eufemagem: Paciente admitido no corredor sul, segue evoluindo em EGR, sem queixas no momento do procedimento cirúrgico nos cuidados da ortopedia. Tatuagem COREN-378936.	

CADASTRADO
CANAL

e 2

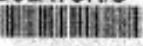


UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-04-24 21:04:28

Nome Paciente:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente:	498663
Data de Nascimento:	05/02/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	OR0017
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1420588 
SAME:	

Período: 2020-04-24 21:04:28 - 2020-04-24 21:50:40

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM MMII APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: HAS NEGA
DM NEGA
ALERGIA NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - CAPNOGRAFIA: 100.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 145.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 82.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 37.70 C°

Acolhido(a) por: MELLINA AUREA FREIRE PEREIRA - COREN: 590020 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-07-29 07:51:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Masculino
Contatos: / 81-984635820

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANQUÁ, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020

Prontuário: 00488663

Nº Atendimento: 01420588

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO
HD FRATURA DE TORNOZELO, em: 24/04/20 21:58

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

INTERNAMENTO
ANALGESIA
ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS, em: 24/04/20 21:58

Handwritten signature and stamp of the medical professional.

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-984635820

Idade: Nascimento:
33a 5m 05/02/1987

Data do Atendimento: 24/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420588

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Conduta:

INTERNAMENTO
ANALGESIA
ENCAMINHAMENTO VIA CENTRAL DE LEITOS

AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/08/2020 10:07

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 26/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702609218953945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANIQUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2811606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 08230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: / 988354910
G. Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 05/05/2020 - 10:01

AVALIAÇÃO (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 26/04/2020
DATA DA ALTA: 30/04/2020

HD: FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3635-2013
Av. Glória Campos, 516 - J. 10 - PE



Materials Prosmed

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 06 UNIDADES

Hospital Memorial Américo Mello
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Dr. Cleto Campelo, CRM-16.000-01



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/08/2020 10:08

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702606218963945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANQUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: / 988354910
G. Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 29/04/2020 - 11:23

AValiação (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: SILVIO JOHNSON

Anestesiista: ELIVELTON

Instrumentador: IZABELA

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE TORNOZELO - MALÉOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TORNOZELO
 2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO
- CIRURGIA MUULTIPLA**

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIR
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MID
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA
IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO
REDUÇÃO DE FRATURA MALEOLO LATERAL, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, FIXAÇÃO MEDIANTE 01 (UM)
PARAFUSO DE COMPRESSÃO, 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR, 3,5MM, DE NEUTRALIZAÇÃO COM 6
FUROS, 2+2 PARAFUSOS CORTICAIS E VERIFICAÇÃO DE LESÃO LIGAMENTO TIBIOFIBULAR
ANTERIOR (TESTE DE COTTON POSITIVO)+TOILETE, RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR, REDUÇÃO DA PINÇA
MALEOLAR E COLOCAÇÃO DE PARAFUSO SUPRASINDESMAL TRICORTICAL
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO
CONTINUA DO GARROTE, TALA BOTA

Hospital Memorial Armino Moura
S.A.M.E.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campelo, S/N - Moreno - PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/08/2020 10:09

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702609218953945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANIQUE
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2611606 RECIFE
País: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 08230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: 7 988354910
G. Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 26/04/2020 15:07

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DO TORNOZELO DIREITO
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	23/04/2020
TIPO DE TRAUMA:	REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	EDEMA (++/4+) + ESCORIAÇÕES + FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO E REGIÃO DE CALCANEIO DIREITOS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR. EDSON
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	☒ SES ☐ DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
☐ LABORATÓRIO ☐ RNM / TAC ☒ RADIOGRAFIAS	
CONDUTA NO INTERNAMENTO	
RX: ☐ COXA ☐ JOELHO ☐ PERNA ☒ TORNOZELO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COTOVELO ☐ PUNHO	
TALA: ☐ COXOPODÁLICA ☒ BOTA ☐ AXIOPALMAR	
☒ LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO; ☐ PARECER CARDIOLÓGICO; ☐ PROFILAXIA TVP/TEP	

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3595-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - São Lorenzo - PE





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

ORIENTAÇÃO DE ALTA

Alimentos que fazem BEM

- Peixe
- Frango (sem pele)
- Carne vermelha (sem gordura)
- Ovo
- Leite
- Frutas (acerola, laranja, abacaxi, maracujá, limão, goiaba)
- Legumes e verduras (alface, brócolis, couve, espinafre, tomate, cenoura, beterraba, berinjela).

Alimentos que fazem MAL (EVITAR durante 30 dias)

- Camarão
- Carne de porco
- Soja
- Pimenta
- Alimentos industrializados (salgadinhos, sorvete, biscoitos, refrigerantes, molhos prontos)
- Alimentos embutidos (linguiça, mortadela, paio, salame, salsicha, bacon)
- Bebida Alcoólica.

NÃO


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico Geral
CRM 15402

Av. Cleto Campelo, S/N - Alto da Maternidade 54000-000 - Moreno - PE. Fone: + 55 81 3535-2013





Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (1629301)

Admissão: 342720

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S826>>FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 26/04/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/04/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO+RECONST.LIGAMENTAR

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;

4 - RETORNAR DIA 13/5/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/04/2020 às 11:30

Dr. (e) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

Nome: JULIANA LUNA
Data de Nascimento: 12/03/1993
CPF: 05801153700
RG: 1483262450
Data de Emissão: 08/08/2020
Data de Validade: 12/03/1993

PERNAMBUCO

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58

ASL-0231183/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 13:10:58



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

RG 3370400097 MI PE

DATA NASCIM. 05/02/1987

PLACAR **JOSE AURELIO DA SILVA**

SUSCRITOS FRANCISCA DE FREITAS

INSCRIÇÃO 05547038057

DATA 01/10/2016

VALIDADEZ 24/07/2019

INSCRIÇÃO

DATA

JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

LOCAL BRUNO, PE

DATA 12/12/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE

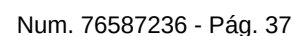
PERNAMBUCO

1933700497

VALIDE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



PLACA 446 524-3		PLACA 446 524-3	
CLASIFICACION 2012		CLASIFICACION 2012	
COMBUSTIBLE GASOLINA		COMBUSTIBLE GASOLINA	
ANIO FAB 2012		ANIO MOD 2012	
CATEGORIA PARTIC		CATEGORIA PARTIC	
COA UNICA 2020		COA UNICA 2020	
PREVIO TOTAL (R\$) 12 30 19		PREVIO TOTAL (R\$) 12 30 19	
DATA DE PAGAMENTO 06/01/20		DATA DE PAGAMENTO 06/01/20	
COA UNICA 2020		COA UNICA 2020	
PREVIO TOTAL (R\$) 12 30 19		PREVIO TOTAL (R\$) 12 30 19	
DATA DE PAGAMENTO 06/01/20		DATA DE PAGAMENTO 06/01/20	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200310279 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA Data do acidente: 23/04/2020 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO.
 TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/TORNOZELO - CONSERVADOR/JOELHO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
 faltante:

Apontamento do Laudo
 do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos
 complementares:

Observações: P3/4/14/18/20_CIRURGIA 22/

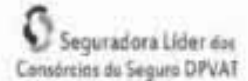
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243715/20
Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
CPF: 082.305.594-90
CPF de: Próprio
Data do acidente: 23/04/2020
Titular do CPF: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA : 082.305.594-90

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: 28/08/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

VALMIR HONORIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA.		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	AMASIADO
Profissão:	—		
Identidade:	537040097 MT-PE	CPF:	082.305.594-90.
Endereço:	R-TAMANIQUEA, 215, CC-B - N. DESCOBERTA - RECIFE - PE.		

OUTORGADO:

Nome:	VALMIR HONORIO DA SILVA.		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	CASADO.
Profissão:	—		
Identidade:	2948.595-505-PE	CPF:	621.228.354-00.
Endereço:	R-UBIRAJARA, 16, C. TABAJARA - OLINDA - PE.		

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

RECIFE 18 de AGOSTO 2020.
LOCAL E DATA:

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

