

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190723323**

**Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190723323**

**Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

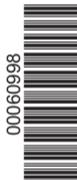
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190723323**

**Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 341**

**Agência: 000006066**

**Conta: 0000009373-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	015.644.119-93	Marcos Antônio Ferreira da Silva	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 3176-4067		

Marcos Antônio Ferreira da Silva 015.644-119-93  
 Marcos Antônio Ferreira da Silva 015.644-119-93  
 Fazenda Av. Jeanne Marinho 013  
 Amor e Vida PE 53520-170  
 (81) 3176-4067

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 6066      CONTA: 09373 <input checked="" type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vivôzcer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: CPF: _____  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: CPF: _____  Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		
40 - Local e Data, _____		

Recife 18/12/19  
 Marcos Antônio  
 41-Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

F. DASILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	015.644.119-93	Marcos Antônio Ferreira da Silva	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 3176-4047		

Marcos Antônio Ferreira da Silva 015.644-119-93  
 Marcos Antônio Ferreira da Silva 015.644-119-93  
 Fazenda Av. Seadum Marinho 013  
 Amor e Vida PE 53520-170  
 (81) 3176-4047

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 6066      CONTA: 09373 <input checked="" type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vivôzcer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: CPF: _____  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: CPF: _____  Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		
40 - Local e Data, _____		

Recife 18/12/19  
 Marcos Antônio  
 41-Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

F. DASILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Atendimento: 1102398

Data e Hora: 24/06/2019 17:21

Série Classificação:

**0146**

Paciente: 181027 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social : Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARAÇÃO

Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe:: MARLI GUILHERMINA RODRIGUES Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO -- 615 Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520170 Usuário Atendimento: ANAPPN

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS : 7096036307892

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: (81)35413831

CRN(Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg  
DATA: 24/06/19 HORA: \_\_\_\_\_

EIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Paciente ~~relata ter vindo com dor de~~  
~~dor de estômago, com TCE. Meio dia mais com dor~~  
~~de estômago~~

EXAME FÍSICO:

~~verificações TNB e TND~~

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

~~Fernat Tíbia D + TND~~

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

~~Rx para e TND e Fernat Tíbia D~~

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

~~Tudo exame gástrico MID~~

Marilia Lima Gomes  
Ortopedista Plantonista  
CRMPE 1234567

Marilia Lima Gomes  
Ortopedista Plantonista  
CRMPE 1234567

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 00000009373-0

---

Autenticação:

00088F07D4ADB3982C3A5902E9ABE70411D01BAE085B7C7DD6E7941589F33271



www.eletrobras.com.br - Sistel da Fazenda Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50055-902  
CNPJ 11.0.835.902/0001-08 | Inscrição Est. 0005943-93 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

DADOS DO CLIENTE:  
MARIA JOSE DE FARIAS  
Sr Cliente ATUA, IZE SEU CADASTRO !!

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV. JOSÉ DUM NABUCO 615

TIMBOIA/BREU E LIMA  
ABREU E LIMA PE  
63520-170

## **CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

0270980023 08/2019

072363729	UNICA	07/09/2019	07/09/2019
07/08/2018	2000259428	47500	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	07-0000000	-0,77545172	15,21
Acrecimo Bandeira AMARELA			1,66
Acrecimo Bandeira VERDE/VERMELHA			1,27
Contrib. Ium. Política Municipal			11,82
Multa por atraso-UF 084705110 - 08/08/18			1,55
Juros por atraso-UF 084705110 - 08/08/18			0,82
Atualização IGPM-UF 084705110 - 08/08/18			0,88

TOTAL DA FATURA

Period	Actual	Budget	Variance	Comments
JUL18	10			
ANV18	100			
MAR18	103			
APR18	103			
MAY18	148			
JUN18	100			
JUL18	100			
DEC18	131			
NOV18	134			
OCT18	133			
SEP18	99			
AUG18	97			
				BO43 JABC A35A 1C88 4784.1184 E4CF C038



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190716217220 Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DAUG DE CLIPERTE  
MARIA CARMEN DE OLIVEIRA E SILVA  
AV TIRADENTES, N. 00366 - RIO DOCE OLINDA PE 53080-490  
INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

MATRÍCULA: 01621722.0 DATA: 07/2019-3

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

HABITANTE: ENDEREÇO PARA ENTREGA

ESTADO DA ÁGUA LIGADO	ESTADO DO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	CONTRIBUIÇÃO DE ECONOMIAS		PÚBLICO
			INDUSTRIAL	COMERCIAL	
RESIDENCIAL A16S332116	ERDA LEIT. ANTES/DEPOIS 29/06/2019		DATA LEIT. RTURL 29/07/2019		TIPO DE CONSUMO/VALOR REAL /REAL
ÁGUA LEIT. ANT.: 271 LEIT. ATUAL: 283 LEIT. FAT.: 283	CONSUMO: 12		ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 12	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO					
06/2019 9/ 9	A [REDACTED]	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
05/2019 8/ 8	A [REDACTED]	TURBIDEZ	119	119	108
04/2019 9/ 9	A [REDACTED]	COR APARENTE	119	119	118
03/2019 7/ 7	A [REDACTED]	CLORO RESIDUAL	119	119	107
02/2019 7/ 7	A [REDACTED]	COLIFORMES TOTAIS	119	119	114
01/2019 9/ 9	A [REDACTED]	E.Coli	119	119	117
MÉDIA 8/ 8	A [REDACTED]	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

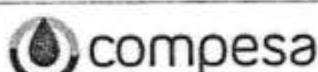
VALOR R\$

ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3		41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3		9,48
ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3		41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3		9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019			1,72
DOAÇÃO AO HOSPITAL DE CANCER 07/2019			1,00

PIS	101,56	1,65	1,65
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO: 15/08/2019 TOTAL A PAGAR: 104,28

Emitido por: INTERNET Emitido em: 30/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 01621722.0 DATA: 07/2019-3

VENCIMENTO: 15/08/2019 TOTAL A PAGAR: 104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82880000001-4 04280018096-3 01621722001-7 07201930003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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=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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antônio Manoabem Ferreira  
 Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554,45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Marcos Antônio Ferreira de Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 015644114,43,  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcos Antônio Ferreira de Silva  
 Inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.644.114,43, 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>AV. Triadentes</u>	Número:	<u>366</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Rio doce</u>	Cidade:	<u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>53080-490</u>
E-mail:				

Local e Data: 18.12.19

Assinatura do Declarante

## RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 24/6/2019 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 24/6/2019

NOME COMPLETO DA VITIMA:

MARCOS ANTÔNIO Ferreira da Silva

FERIMENTOS RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito, econome fratura da tíbia + fibula em M1, C1 desvio. Paciente submetido a cirurgia C1 extensão da tíbia + fibula

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Fibula em M1, C1 desvio. Paciente submetido a cirurgia C1 extensão da tíbia + fibula

ALTA MÉDICA?

SIM     NÃO

Releyou Fisioterapia (30 sessões)

EXISTE ALGUM DFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

SIM     NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA DUELAÇÃO ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA DUELAÇÃO.

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

## SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO

Paciente C1 fratura completa da tíbia + fibula a nível de M1 dist. - Paciente C1 dor + edema crônico, C1 desvio e fator f-fág + complicação de camisa de fratura 75% m TIBIA + FIBULA

AFFIRMO QUE ASSISTI OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 24/6/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LÓCAL

DATA

7/11/2019

Assinatura e Carimbo

*César Leal  
Ortopedista  
12395*

Atendimento: 1102398

Data e Hora: 24/06/2019 17:21

Sem.: Classificação:

**0146**

Paciente: 181027 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARAÇÃO

Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARLI GUILHERMINA RODRIGUES Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567

Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO -- 615 Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520170 Usuário Atendimento: ANAPPN

RG (Identidade): Data de Emissão: CNS: 709603630778929 *UPA-IGARASSU FUTURADO*

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: (81)35413831

CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN: 100

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

DATA: 24/06/19

HORA: \_\_\_\_\_

**EXAME PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

*Paciente vê que tenho lesões evidentes de  
moto, mas TCE. Meus dormitórios são normais.  
Belas idas em ônibus.*

**EXAME FÍSICO:**

*Lesões TNE e TND na panturrilha.  
Belas.*

**HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):**

*Franjada + TNE/TND*

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES:**

*Rx para exame de TNE e TND.*

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

<i>Tudo exame pendente MID.</i>	

*Marilia Lima Gomes  
Ortopedista/Plantonista  
CRM/PE 100*

**HORÁRIO**

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:

Evolução Clínica (pareceres, resultado de exames, etc.)

Evolução de Enfermagem (ASS/COREN)

24/06/1971 17:45 - Paciente seceu com venoso para o HMA, acompanhado de tbc. de enfermeira da unidade e ambulância do covo de sombrio.

Mayara Barros de Lima  
OAB/CE 346.933-ENF

Evolução do Serviço Social (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA:  Melhorada  Com Atestado  Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: HMA

SENHA: 5732 972

ÓBITO

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ÀS \_\_\_ : \_\_\_ ESTADO DE ÓBITO  SVO  IML

Médico / Cremepe: Onofre Guedes

Manoel Lima Gonçalves

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

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

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

HORA: \_\_\_ : \_\_\_

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( ) SENHA 5412972

Nome do Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA IDADE: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
 Endereço residencial: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
 CIDADE: \_\_\_\_\_

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
 Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
 Automóvel:(Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de Cinto:S ( ) N ( )  
 Motocicleta: 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: Pete mire varidite unha

Hipótese diagnóstica: Fratura humer - T17 D

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\* S( ) N( ) Deformidades do órax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )  
 Disturbio Fala/Choro: S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifoide S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada( ) Buihas Cardiacas: Normofonéticas ( ) Hipofonética ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

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

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

### EXAME NEUROLÓGICO

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

#### Escala de Comade 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	6
Localiza Estímulo Doloroso	5
Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Descorticação	3
Descerebração	2
Sem Resposta Motora	1

### TOTAL DE PONTOS ECG:

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

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) 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-Torácica: S( ) N( ) Fraturas Pélvis: S( ) N( )

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

### USO DE ÁLCOOL 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( )

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

### CONDUTA CLINICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

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

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar:

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

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Volume de Fluidos Infundido:

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

Outras Condutas:

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Intercorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO2: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

*Foram transferidos para o HMA*

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

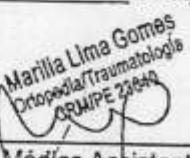
Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Hora:

24/06/19

Local e data

  
 Marilia Lima Gomes  
 Ortopedista/Traumatologista  
 CRM/PE 23459

Médico Assistente

## 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 **5712972**

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Antônio Ferreira da Silva Idade: 36 a

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

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

Cidade: \_\_\_\_\_

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )

Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automóvel:(Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de Cinto:S( ) N( )

Motocicleta: 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: Horizonte Vizios de acidente

Hipótese diagnóstic: Fractura exposta de tibia

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S( ) N( ) Tiragem intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )

Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\* S( ) N( ) Deformidades do órax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )

Disturbio Fala/Choro: S( ) N( )

Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide S( ) N( )

Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada( ) Bulhas Cardiacas: Normofonéticas ( ) Hipofonética ( )

Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

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

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

### EXAME NEUROLÓGICO

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

#### Escala de Comade 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	6
Localiza Estímulo Doloroso	5
Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Descorticação	3
Descerebração	2
Sem Resposta Motora	1

### TOTAL DE PONTOS ECG:

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

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

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

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

#### NATUREZA DA LESÃO

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

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

#### USO DE ÁLCOOL 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( )

Loló( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetamina( ) Extase( )

#### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

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

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar:

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

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP( )

Volume de Fluidos Infundido:

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

Outras Condutas:

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Intercorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO2: \_\_\_\_\_

#### USOS CLÍNICAS

#### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

*Fevereiro e sensibilidade*

#### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Hora:

*24/06/19*

Local e data

FC: RN 150-180  
> 1 ano 00-140  
Crianças 00-110  
Adultos 00-100

FC: RN 35-50  
> 1 ano 00-80  
Crianças 00-50  
Adultos 00-30

*Marilia Lima Gomes*  
Ortopedia/Geriatrícia  
CAMPE 23640

Médico Assistente

Atendimento: 483333

Senha da Classificação:

Data e Hora: 24/06/2019 18:29

0024

Paciente: 52588 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: MARLI GUILERMINA RODRIGUES Nome do Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO

615

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

**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 encaminhado da UPA de Igapauçu com relato de queda de moto há 2h, apresentando dor e deformidade a nível do ferro distal da perna D. Nega comorbidades ou alergias.

**Exame Físico**

EGB, 1.0TE, eupneico e afibril.

RX: Frx de ossos da perna D (diáfrase da tibia + malíolo lateral D)

**Hipótese Diagnóstico**

Frx de ossos da perna D

**Prescrição Médica**

① Internamento hospitalar

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes  
CRM-PE 2556 CRM-BA 33039  
Macedo

**Assinatura e Carimbo/Médico**

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

Senha: \_\_\_\_\_

Transferido: Para \_\_\_\_\_

Encaminhado ao setor de internação

# HOSPITAL MUNICIPAL NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/06/2019 18:18

Nome Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/10/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 36  
Senha: 0024  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*(Onfer)*

Período: 24/06/2019 18:22 - 24/06/2019 18:24

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE EM AR AMBIENTE NORMOCORADO C/ QUEIXAS DE DOR EM MID O MESMO IMOBILIZADO C/ BOA PERFUSÃO PERIFERICA

Observação: PROCEDENTE DA UPA DE IGARASSÚ C/ SENHA 5712972 /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / ASMA / CARDIOPATIA / AVCI

rograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)  
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFORANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- SACR - REGUA DE DOR: 1  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM  
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISADO  
NEU - Hora

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (x)

Local:

*Mauricelia Maciel*  
ENFERMEIRAS  
NOVIDADES/EMERGENCIA  
COREN-PE 6723-143

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/06/2019 18:24

SUS

## Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT-483552	2 - CNES 6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES 6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Nome do Paciente <b>MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA</b>	6 - Nº Prontuário <b>52588</b>			
- Cartão Nacional do SUS <b>98002952716562</b>	8 - Data de Nascimento <b>22/10/1982</b>	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor <b>03 - Parda</b>	10.1 - Etnia <b>0000 - Não Se Aplica</b>
1 - Nome da Mãe <b>MARLI GUILERMINA RODRIGUES</b>	12 - Telefone de Contato <b>8198810347</b>			
3 - Nome Responsável <b>GNORADO</b>	14 - Telefone de Contato <b>988103476</b>			
5 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) <b>RUA JOAQUIM NABUCO, 615 - TIMBO</b>				
6 - Município <b>ABREU E LIMA</b>	17 - IBGE <b>260005</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>53520170</b>	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos**  
 VITIME VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM Perna DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL  
 AME:  
 REG, EUPNEICO E AFEBRIL  
 ERFUSAO DISTAL  
 RESERVADO  
 DENCIA FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA + FRATURA DO MALEOLO LATERAL DIREITO

21 - Condições que justificam a Internação  
**NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO**

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
**ANAMNESE + EXAME FÍSICO**

**S82.6**

23 - Diagnóstico Inicial / Código <b>FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO</b>	24 - CID 10 Principal <b>S822</b>	25 - CID 10 Secundário <b>W199</b>	26 - CID 10 Causas Associadas <b>V29.9</b>
			<b>04.15.01.001-2</b>

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <b>PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA</b>	28 - Código do Procedimento <b>0415020069</b>		
29 - Especialidade <b>CIRÚRGICA</b>	30 - Caráter de Atendimento <b>2</b>	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente <b>0480016278437533</b>
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente <b>SORMANE DE CARVALHO BRITTO</b>	34 - Data da Solicitação <b>24/06/2019</b>	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	<b>16339</b>

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

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

( ) Empregado	( ) Empregador	( ) Autônomo	( ) Desempregado	( ) Aposentado	( ) Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Órgão Emissor <b>E260000001</b>	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
--------------------------------------	--	---

48 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado <b>0480016278437533</b>
---	--

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
--------------------------	---

*Dr. Antonio Albuquerque Queiroz  
Medicina e Traumatologia  
CRM PE 16797 / TBOT 14862*

**AIH**  
**261910218973-7**

Código do Laudo: 483333



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

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

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **483552**

Usuário: JULIANAPP

## DADOS DO PACIENTE

Paciente:	<b>MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA</b>			Prontuário:	52588
Idade:	36a 8m 4d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:	6383638	C.P.F.:		Telefone:	988103476
Endereço:	RUA JOAQUIM NABUCO			, 615 - TIMBO	CEP 53520170 - ABREU E LIMA - PE
Origem:	INTERNACAO			<b>Dados da Internação</b>	
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Data e Hora da Internação:	25/06/2019 18:30
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Plano:	GERAL
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA
				Leito:	VERD2-38

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
lereço:	- Numero:	CLAUDEVAN SOUSA	15/07/19
Fone:	Cidade:	FAZ. PASTA	20/07/19
			20/07/19

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 02/07/19 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ :

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: Ex de ossos de Perna (1) REVISADA  
CCIH-HMV

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Procedimento.....: RAF + Cilostos e Proflexo

*Dra. Nayana Adoum*  
Ortopedista - M. B. A.  
CRM: 10.453

**Médico e CRM:**

Arlene Nogueira  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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 01 de Julho de 2019

X - Arlene Nogueira Medeiros  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 01/07/2019

Hora.....: 11:12

Aviso de Cirurgia : 57693  
 Paciente : 52588  
 Convênio Atend. : 1  
 Leito : 77  
 Dt. Início : 01/07/2019 08:50  
 id Pré-Operatório : S822  
 d Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01  
 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
 SUS - INTERNACAO  
 ORTL-513-LEITO 001  
 Dt. Fim : 01/07/2019 11:21  
 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 483552  
 Carteira :  
 Idade : 36 Anos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
 Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
 Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIA 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY  
 ANESTESISTA 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNOSTICO : FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA

CIRURGIA : REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PLACA TERÇO DE CANA 8 FUROS 3.5MM E PARAFUSOS 3.5 MM EM  
MALEOLO LATERAL DIREITO + RAFI DE PLACA T 12 FUROS 4.5MM + PARAFUSOS 4.5MM

CIRURGIÃO : DR ROMERO NERY

01 AUXILIO : DRA NAYANA ADOUR

02 AUXILIO : DR MANOEL OLIVEIRA

ANESTESISTA : DRA CONCEIÇÃO

ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA :**

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + GARROTE EM MID

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

4. INCISÃO EM FACE LATERAL DO TNZ DIREITO

DIVULSAO POR PLANOS ANATOMICOS

6. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PARAFUSO ESPONJOSO 3.5 MM DE POSIÇÃO + PLACA TERÇO 8 FUROS DE  
NO 3.5 MM + 03 PARAFUSOS CORTIAIS 3.5 MM PROXIMAS E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTAIS E 01 PARAFUSO

ANSINDESMAL DA CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS

7. INCISÃO EM FACE MEDIAL DO TNZ DIREITO. REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PLACA EM T 4.5MM 12 FUROS

+ PARAFUSOS ( 4DISTAIS AO FOCO E 4 PROXIMAS AO FOCO ) + PARAFUSO CORTICAL DE POSIÇÃO

8. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

9. SUTURA POR PLANOS COM VYCRYL E NYLON

10. CURATIVO ESTERIL

11. RETIRADO GARROTE DE MID

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

FATURADO  
 15/07/19  
 CLAUDEVAN SOUSA  
 FATURISTA

Dr. Igor Alcenor

Ortopedia / Traumatologia

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY

CRM : 15570



第四步：工具箱

**MIGUEL ARRAES**



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

REG:52588

#### **CLÍNICA:**

#### ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	<b>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM Perna DIREITA, EVOLUINDO COM DOR</b>
	<b>LIMITAÇÃO FUNCIONAL</b>
	<b>AO EXAME:</b>
	<b>LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL</b>
	<b>BOA PERFUSAO DISTAL</b>
	<b>NVC PRESERVADO</b>
	<b>RX EVIDENCIA FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA + FRATURA MALEOLO LATERAL DIREITO</b>
	<b>HD:</b>
	<b>1- FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA + FRATURA MALEOLO LATERAL DIREITO</b>
	<b>CD:</b>
	<b>1- INTERNAMENTO</b>
	<b>2- SOL LAB PREOP</b>
	<b>3- SOL NOVOS RX</b>
	<b>4- SOL NOVA TALA</b>
	<i>joão Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CREMEPE 26.670</i>
25/06/19	#SOTF
06.12	HD: a - mto - s
	LOTE 366 x - - centro
	CO: ADVARDA CRUZBL
26/06/19	#SOTF
06.26	HD: a - com
	LOTE 366 x - - centro
	CO: ADVARDA CRUZBL
	Dr. Ian CRM CRN

joão Bosco B. C. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 26.670

25/06/19

06-12

~~LOW THERM EXPANSION~~

~~co. Agave crenulata~~

2610611

HD: 0 - 6 yrs

Lote 36 a - adanbro  
CD - 26 - and sacra

Dr. Ian Lacerda  
CRM-PB 9823  
CRM-PE 23590

Dr. Juan L. Sáenz Cerdá  
Ctra. M-132 km 23590  
Ctra. M-132 km 23590



Evolução Clínica

Nome:

Marcos Antônio

Registro: \_\_\_\_\_

Clínica:

Enfermaria:

Lelito:

Data/Hora

26/09/19

Deixou em 01/07/19

Foi para o Tintor.

Pronto para sair,

sem dor crônica.

Não tem mais

dor no local

+02/10

Retornou

para casa

CRM: 14.368  
Ortopedista  
Eduardo Kauê Moraes



Evolução Clínica

Nome:

Marcos Antônio F. L.

Registro:

311-

Clínica:

Enfermaria:

Leito:

52588

Data/Hora

Otodus

06/18/14

5, 36m

operado em 01/17/14

retornou mts.

á feocromocitoma e  
hipertensão.

retorno em 30 dias -

CIBER FEROSA  
Ortopedia Traumatologia  
CREMEPE-11253



Evolução Clínica

Nome: Marcos Henrique Farias Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora

16/07/19

Diminuiu em 01/07/19

Fazendo os ossos na parte da anca.

Pode fazer exercícios

Será que ainda não  
fazendo mais frio.

N → Pode andar e  
façam

P → Será que, é  
so.

curto

fazendo exercícios

CRMA 36  
Ortopedia  
Eduardo Kneissel



PERNAMBUCO



HOSPITAL

MIGUEL ARRAES

GOVERNO DO ESTADO



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA  
IDADE: 36 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/06/19

REG: 52588

DATA DA ALTA: 2/7/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA + MALÉOLO LATERAL DIREITO + MALÉOLO POSTERIOR

### TRATAMENTO REALIZADO:

- RAFI COM PLACAS (3,5 E 4,5MM) + PARAFUSOS

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO \_\_\_\_ DIREITO \_\_\_\_;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

### PROGRAMA APÓS ALTA: RETORNO PARA DR ROMERO NERY

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(  ) NÃO(  )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

Dra. Nayana Souza  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PE 175.200

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

**NOME:** MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

**IDADE:** 36      **SEXO:** M

**REG:** 52588

**DATA DA ADMISSÃO:** 25/06/19

**DATA DA ALTA:** 2/7/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA + MALÉOLO LATERAL DIREITO + MALÉOLO POSTERIOR

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- RAFI COM PLACAS (3,5 E 4,5MM) + PARAFUSOS

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO \_\_\_\_ DIREITO \_\_\_\_;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

**PROGRAMA APÓS ALTA: RETORNO PARA DR ROMERO NERY**

**AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(  ) NÃO(  )**

**DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_**



**ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM**

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PERNAMBUCANO

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/04/2016

REGISTRO GERAL

6.383.638

NOME

&lt;&lt; MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA &gt;&gt;

FILIAÇÃO

&lt;&lt; ANTONIO FERREIRA DA SILVA &gt;&gt;

&lt;&lt; MARLI GUILHERMINA RODRIGUES &gt;&gt;

NATURALIDADE

PAULISTA - PE

DATA DE NASCIMENTO

22/10/1982

DOC. ORIGEM

&lt;&lt; CN.15689.L.52.F.100 CART.ABREU E

LIMA-PE 13.11.2002

CPF

Ana Francisca C.G. Alcântara  
Delegada do Poder-Exercente: MTS

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

416043383005113331.6672710

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Marcos Antônio Ferreira da Silva



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**015.644.114-43**

Nome  
**MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Nascimento  
**22/10/1982**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**007C.DB39.3010.E66B**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:42:41 do dia 28/11/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190723323      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DA      **Data do acidente:** 24/06/2019      **Seguradora:** MONGERAL AEGON  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária de tíbia direita, maléolo lateral direito, maléolo posterior

**Descrição do exame físico:** Ao exame apresenta consolidação viciosa da fratura, encurtamento visível do membro inferior direito com claudicação da marcha, deficit de força do membro inferior de grau leve, bloqueio de tornozelo com flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a osteossíntese das fraturas e fisioterapia. Evolução sem intercorrências. Alta há cerca de 30 dias

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471662/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

CPF: 015.644.114-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
FERREIRA DA SILVA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

### CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

### MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 015.644.114-43

- 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](http://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: 27/12/2019  
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA  
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61



RAIANNE SILVA BARBOSA

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Hanços Antônio Fernuna da Silva**  
 Data do Acidente: **01/05/2019** CPF da Vítima: **015.644.119-63**  
 Portador da documentação:  
 Qualificação do Portador:  Vítima  Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:  
 Endereço do portador:  
 Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

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

#### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

#### VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidade Permanente = até R\$ 13.500,00

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

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário

- Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)  
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pára ou tutor)

### POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: **18/12/19**

Identidade:

Assinatura:

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: **18/12/19**

Nome: **Brianna Silva**

Assinatura:

## PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORANTE: MARCOS Antônio Fenneira da SILVA  
RG / CNH / TPS: 6.383.638 CPF \_\_\_\_\_  
End: Av. Joaquim Nabuco, 615, Timó  
Abreu e Lima

OUTORADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA  
RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45  
End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao  
SEGURO DPVAT, que configura como vítima:  
Marcos Antônio Fenneira da Silva  
CPF: \_\_\_\_\_

Paulista 27 de 11 de 19

Marcos Antônio da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

SNR SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO  
TITULAR: Esmralda de Azevedo Carvalho - Substituta: Amália de Souza  
PRACA FÁTIMA XXIII, 611 CENTRO, PAULISTA/PE CEP 52.401-378 - FONES: (081) 3433-4233 / 3433-7251

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-019901  
Reconhecido por autenticidade a firma de:  
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Data: 28/11/2019 12:47:28  
SELO DIGITAL: 0077644.ZTY11201901.01480  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://tjpe.jus.br/selodigital)  
ENOL: 3,51 TSNR: 0,40 FERC: 0,40 ISS: 0,00  
FERM: 0,04 FUNSEG: 0,00

*Andreia Gomes S. Lira*  
ANDREIA GOMES SOARES LIRA - ESCREVENTE AUTORIZADA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471662/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 015.644.114-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

### MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 015.644.114-43

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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/12/2019

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

Data do cadastramento: 27/12/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

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

---

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

Número do Sinistro: **3190723323**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV JOAQUIM NABUCO, 615 - Abreu e Lima - PE - CEP 53575-108**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **6383638**

Data e local do acidente: [ **24/06/2019** ] **Paulista, PE**

Data e local do exame: [ **17/01/2020** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura diafisária de tibia direita, maléolo lateral direito, maléolo posterior*

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

*Ao exame apresenta consolidação viciosa da fratura, encurtamento visível do membro inferior direito com claudicação da marcha, deficit de força do membro inferior de grau leve, bloqueio de tornozelo com flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, presença de cicatriz cirúrgica.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

*Submetido a osteossíntese das fraturas e fisioterapia. Evolução sem intercorrências. Alta há cerca de 30 dias*

**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 do membro inferior direito*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**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 (\*).

( ) "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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 - PE