



Número: **0020447-74.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/04/2020**

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	
JUNIO DA SILVA GOMES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72175 224	07/12/2020 17:02	Recibo de Apresentação de Documentos Parte 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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036145

Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIO DA SILVA GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JUNIO DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004752

Conta: 000000011752-0

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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(a) ou nascido(a)? ☐ 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 ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 990ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTERIA/4ªDESEC



BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0180003166

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às
09:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 15/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AV. LEÃO DOURADO - CARUARU/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: KENNEDY -**
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGENTE)
ERIK EDSON DANTAS (OUTRO)
JUNIO DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JUNIO DA SILVA GOMES

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

JUNIO DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SINDALVA
GERCINA DA SILVA GOMES Per. JOÃO MANOEL GOMES Data de Nascimento: 15/8/1987
Naturalidade: **ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA CARACAS, 51 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Filiação: **MUNICÍPIO**
DE CARUARU, 1 - CEP: 5 - Bairro: CAIÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ERIK EDSON DANTAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ERIK EDSON DANTAS, que estava em
posse do(a) Sr(a): JUNIO DA SILVA GOMES
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Foto: **PCD5787 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 115912832 Chassi:**



13/11/2019 09:49

Ata de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/Desktop/infopol.xml/Bo/EIreview.html

902KC2200JR165438

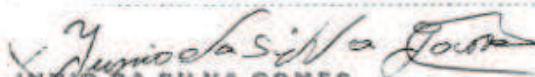
Ass. Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: RENAULT 1159138325

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE CONDUZIA O VEICULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEICULO (AUTOMÓVEL) CRUZOU A SUA FRENTE SAINDO DE UMA VIA SECUNDARIA VINDO A MESMA COLIDIR NA LATERAL ESQUERDA O AUTOMÓVEL, OCASIONANDO DANOS MATERIAIS EM AMBOS VEÍCULOS. QUE A VITIMA VEIO A SOFRER FRATURA DO JOELHO ESQUERDO, QUE FOI CONDUZIDA PARA O HRA PELO SAMU E APOS TRASNFERIDA PARA O HOSPITAL DE REZERROS.ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.NÃO TENDO NADA MAIS A INFORMAR.

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


JUNIO DA SILVA GOMES
(VITIMA)



B.O. registrado por: DAVID LOPES DOS SANTOS JUNIOR Matrícula: 331036-0





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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(a) ou nascido(a)? ☐ 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 ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 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:	30/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO DA SILVA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000011752-0

Nr. da Autenticação 518345FE5936C085





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50050-503
CPF: 10.859.832/0001-09 | Insc. Est.: 0005943-02 | www.ceppe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARCOS LEONARDO DE FARIAS SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
PLA CARALAS 51 - A

CPF: 054.743.694-11

CALCÃO CARUARU
CARUARU - PE
55034-450

CLASSIFICAÇÃO
BT - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA ÚNICA Nº	7003661967	MÊS	06/2019
DATUM VENCIMENTO	03/10/2019	PERÍODO DE FATURAMENTO	29/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	115,38		

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W)	124,000000	8,77952200	96,94
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,33
Contrib. Sum. Pública Municipal			1,04
ICMS Subvenção CDE-NF 071649347-29/07/19			2,39
Multa por atraso-NF 071649347-29/07/19			1,13
Juros por atraso-NF 071649347-29/07/19			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W)	124,000000	8,77952200	96,94
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,33
Contrib. Sum. Pública Municipal			1,04
ICMS Subvenção CDE-NF 071649347-29/07/19			2,39
Multa por atraso-NF 071649347-29/07/19			1,13
Juros por atraso-NF 071649347-29/07/19			
TOTAL DA FATURA			115,38

DEMONSTRATIVO DE GASTOS DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	CONSUMO (KWH)
301009982	CAT	29-05-2019	12.302,05		29-06-2019	12.517,00		29	100,00

VALORES DE CONSUMO		VALORES DE GASTOS		VALORES DE GASTOS	
PERÍODO	VALOR (R\$)	PERÍODO	VALOR (R\$)	PERÍODO	VALOR (R\$)
01/01/19	124	01/01/19	124,00	01/01/19	124,00
02/01/19	124	02/01/19	124,00	02/01/19	124,00
03/01/19	124	03/01/19	124,00	03/01/19	124,00
04/01/19	124	04/01/19	124,00	04/01/19	124,00
05/01/19	124	05/01/19	124,00	05/01/19	124,00
06/01/19	124	06/01/19	124,00	06/01/19	124,00
07/01/19	124	07/01/19	124,00	07/01/19	124,00
08/01/19	124	08/01/19	124,00	08/01/19	124,00
09/01/19	124	09/01/19	124,00	09/01/19	124,00
10/01/19	124	10/01/19	124,00	10/01/19	124,00
11/01/19	124	11/01/19	124,00	11/01/19	124,00
12/01/19	124	12/01/19	124,00	12/01/19	124,00
01/02/19	124	01/02/19	124,00	01/02/19	124,00
02/02/19	124	02/02/19	124,00	02/02/19	124,00
03/02/19	124	03/02/19	124,00	03/02/19	124,00
04/02/19	124	04/02/19	124,00	04/02/19	124,00
05/02/19	124	05/02/19	124,00	05/02/19	124,00
06/02/19	124	06/02/19	124,00	06/02/19	124,00
07/02/19	124	07/02/19	124,00	07/02/19	124,00
08/02/19	124	08/02/19	124,00	08/02/19	124,00
09/02/19	124	09/02/19	124,00	09/02/19	124,00
10/02/19	124	10/02/19	124,00	10/02/19	124,00
11/02/19	124	11/02/19	124,00	11/02/19	124,00
12/02/19	124	12/02/19	124,00	12/02/19	124,00
01/03/19	124	01/03/19	124,00	01/03/19	124,00
02/03/19	124	02/03/19	124,00	02/03/19	124,00
03/03/19	124	03/03/19	124,00	03/03/19	124,00
04/03/19	124	04/03/19	124,00	04/03/19	124,00
05/03/19	124	05/03/19	124,00	05/03/19	124,00
06/03/19	124	06/03/19	124,00	06/03/19	124,00
07/03/19	124	07/03/19	124,00	07/03/19	124,00
08/03/19	124	08/03/19	124,00	08/03/19	124,00
09/03/19	124	09/03/19	124,00	09/03/19	124,00
10/03/19	124	10/03/19	124,00	10/03/19	124,00
11/03/19	124	11/03/19	124,00	11/03/19	124,00
12/03/19	124	12/03/19	124,00	12/03/19	124,00
01/04/19	124	01/04/19	124,00	01/04/19	124,00
02/04/19	124	02/04/19	124,00	02/04/19	124,00
03/04/19	124	03/04/19	124,00	03/04/19	124,00
04/04/19	124	04/04/19	124,00	04/04/19	124,00
05/04/19	124	05/04/19	124,00	05/04/19	124,00
06/04/19	124	06/04/19	124,00	06/04/19	124,00
07/04/19	124	07/04/19	124,00	07/04/19	124,00
08/04/19	124	08/04/19	124,00	08/04/19	124,00
09/04/19	124	09/04/19	124,00	09/04/19	124,00
10/04/19	124	10/04/19	124,00	10/04/19	124,00
11/04/19	124	11/04/19	124,00	11/04/19	124,00
12/04/19	124	12/04/19	124,00	12/04/19	124,00
01/05/19	124	01/05/19	124,00	01/05/19	124,00
02/05/19	124	02/05/19	124,00	02/05/19	124,00
03/05/19	124	03/05/19	124,00	03/05/19	124,00
04/05/19	124	04/05/19	124,00	04/05/19	124,00
05/05/19	124	05/05/19	124,00	05/05/19	124,00
06/05/19	124	06/05/19	124,00	06/05/19	124,00
07/05/19	124	07/05/19	124,00	07/05/19	124,00
08/05/19	124	08/05/19	124,00	08/05/19	124,00
09/05/19	124	09/05/19	124,00	09/05/19	124,00
10/05/19	124	10/05/19	124,00	10/05/19	124,00
11/05/19	124	11/05/19	124,00	11/05/19	124,00
12/05/19	124	12/05/19	124,00	12/05/19	124,00
01/06/19	124	01/06/19	124,00	01/06/19	124,00
02/06/19	124	02/06/19	124,00	02/06/19	124,00
03/06/19	124	03/06/19	124,00	03/06/19	124,00
04/06/19	124	04/06/19	124,00	04/06/19	124,00
05/06/19	124	05/06/19	124,00	05/06/19	124,00
06/06/19	124	06/06/19	124,00	06/06/19	124,00
07/06/19	124	07/06/19	124,00	07/06/19	124,00
08/06/19	124	08/06/19	124,00	08/06/19	124,00
09/06/19	124	09/06/19	124,00	09/06/19	124,00
10/06/19	124	10/06/19	124,00	10/06/19	124,00
11/06/19	124	11/06/19	124,00	11/06/19	124,00
12/06/19	124	12/06/19	124,00	12/06/19	124,00
01/07/19	124	01/07/19	124,00	01/07/19	124,00
02/07/19	124	02/07/19	124,00	02/07/19	124,00
03/07/19	124	03/07/19	124,00	03/07/19	124,00
04/07/19	124	04/07/19	124,00	04/07/19	124,00
05/07/19	124	05/07/19	124,00	05/07/19	124,00
06/07/19	124	06/07/19	124,00	06/07/19	124,00
07/07/19	124	07/07/19	124,00	07/07/19	124,00
08/07/19	124	08/07/19	124,00	08/07/19	124,00
09/07/19	124	09/07/19	124,00	09/07/19	124,00
10/07/19	124	10/07/19	124,00	10/07/19	124,00
11/07/19	124	11/07/19	124,00	11/07/19	124,00
12/07/19	124	12/07/19	124,00	12/07/19	124,00
01/08/19	124	01/08/19	124,00	01/08/19	124,00
02/08/19	124	02/08/19	124,00	02/08/19	124,00
03/08/19	124	03/08/19	124,00	03/08/19	124,00
04/08/19	124	04/08/19	124,00	04/08/19	124,00
05/08/19	124	05/08/19	124,00	05/08/19	124,00
06/08/19	124	06/08/19	124,00	06/08/19	124,00
07/08/19	124	07/08/19	124,00	07/08/19	124,00
08/08/19	124	08/08/19	124,00	08/08/19	124,00
09/08/19	124	09/08/19	124,00	09/08/19	124,00
10/08/19	124	10/08/19	124,00	10/08/19	124,00
11/08/19	124	11/08/19	124,00	11/08/19	124,00
12/08/19	124	12/08/19	124,00	12/08/19	124,00
01/09/19	124	01/09/19	124,00	01/09/19	124,00
02/09/19	124	02/09/19	124,00	02/09/19	124,00
03/09/19	124	03/09/19	124,00	03/09/19	124,00
04/09/19	124	04/09/19	124,00	04/09/19	124,00
05/09/19	124	05/09/19	124,00	05/09/19	124,00
06/09/19	124	06/09/19	124,00	06/09/19	124,00
07/09/19	124	07/09/19	124,00	07/09/19	124,00
08/09/19	124	08/09/19	124,00	08/09/19	124,00
09/09/19	124	09/09/19	124,00	09/09/19	124,00
10/09/19	124	10/09/19	124,00	10/09/19	124,00
11/09/19	124	11/09/19	124,00	11/09/19	124,00
12/09/19	124	12/09/19	124,00	12/09/19	124,00
01/10/19	124	01/10/19	124,00	01/10/19	124,00
02/10/19	124	02/10/19	124,00	02/10/19	124,00
03/10/19	124	03/10/19	124,00	03/10/19	124,00
04/10/19	124	04/10/19	124,00	04/10/19	124,00
05/10/19	124	05/10/19	124,00	05/10/19	124,00
06/10/19	124	06/10/19	124,00	06/10/19	124,00
07/10/19	124	07/10/19	124,00	07/10/19	124,00
08/10/19	124	08/10/19	124,00	08/10/19	124,00
09/10/19	124	09/10/19	124,00	09/10/19	124,00
10/10/19	124	10/10/19	124,00	10/10/19	124,00
11/10/19	124	11/10/19	124,00	11/10/19	124,00
12/10/19	124	12/10/19	124,00	12/10/19	124,00
01/11/19	124	01/11/19	124,00	01/11/19	124,00
02/11/19	124	02/11/19	124,00	02/11/19	124,00
03/11/19	124	03/11/19	124,00	03/11/19	124,00
04/11/19	124	04/11/19	124,00	04/11/19	124,00
05/11/19	124	05/11/19	124,00	05/11/19	124,00
06/11/19	124	06/11/19	124,00	06/11/19	124,00
07/11/19	124	07/11/19	124,00	07/11/19	124,00
08/11/19	124	08/11/19	124,00	08/11/19	124,00
09/11/19	124	09/11/19	124,00	09/11/19	124,00
10/11/19	124	10/11/19	124,00	10/11/19	124,00
11/11/19	124	11/11/19	124,00	11/11/19	124,00
12/11/19	124	12/11/19	124,00	12/11/19	124,00
01/12/19	124	01/12/19	124,00	01/12/19	124,00
02/12/19	124	02/12/19	124,00	02/12/19	124,00
03/12/19	124	03/12/19	124,00	03/12/19	124,00
04/12/19	124	04/12/19	124,00	04/12/19	124,00
05/12/19	124	05/12/19	124,00	05/12/19	124,00
06/12/19	124	06/12/19	124,00	06/12/19	124,00
07/12/19	124	07/12/19	124,00	07/12/19	124,00
08/12/19	124	08/12/19	124,00	08/12/19	124,00
09/12/19	124	09/12/19	124,00	09/12/19	124,00
10/12/19	124	10/12/19	124,00	10/12/19	124,00
11/12/19	124	11/12/19	124,00	11/12/19	124,00
12/12/19	124	12/12/19	124,00	12/12/19	124,00

Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 8005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

NATHALYA GONCALVES PINHEIRO
CPF: 065.052.624-48 NIS: 20723583409

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANDERSON BARBOSA DE CARVALHO 215 BT AP-304
COND RESID CAMPO NOVO - BLOCO B-67
ROSAPOOLIS/CARUARU
55000-000 CARUARU PE

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

DATA DE VENCIMENTO

18/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

32,58

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

083833488

CONTA CONTRATO

004008939387

Nº DO CLIENTE

2002815119

Nº DA INSTALAÇÃO

0000867374

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AE49.64FB.E514.894F.2C99.7672.D618.6738

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	61,00	0,33133185	20,21
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,53
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,52
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
Parcela 5/90 Plano 849001371000			1,06
TOTAL DA FATURA			32,58

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19327691
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,33133185

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
NOV 19	91
OUT 19	48
SET 19	79
AGO 19	63
JUL 19	56
JUN 19	67
MAI 19	50
ABR 19	39
MAR 19	39
FEV 19	39
JAN 19	39
DEZ 18	39
NOV 18	39

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	13,19	40,44
Transmissão	1,21	3,74
Distribuição (Cepel)	7,97	24,46
Energias Setoriais	0,78	2,40
Tributos	1,28	3,93
Perdas de Energia	2,81	8,62
TOTAL	27,05	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	27,05	0,92	0,24	27,05	4,25	1,14

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000001192224435	CAT	08/10/2019 406,00	08/11/2019 491,00	21	1,00000	0,00	81,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MET. MENSAL	MET. TRIM.	MET. ANUAL
24/02/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	5,22	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,88	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,23
RUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,84					
Toda Consumidora pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia do trabalhador do rat: r da matriz 50 segundo distrito / farmácia drogamed: rua do vassourol 5
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLV, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 27,73.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

IDENTIFICAÇÃO MECÂNICA
COMPRESSÃO E PREVENÇÃO SIA

22 JAN 2020

PROTOCOLO





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 93 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Bernardo Alexandre Coutinho Falcão
inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.173.854.771, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Junio da Silva Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.117.384.44
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Junio da Silva Gomes,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.117.384.44, 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:	Número:	Complemento:
<u>Andressen Barbosa de Carvalho</u>	<u>215</u>	<u>APT 304 - B7</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>Assimopolis</u>	<u>PE</u>	<u>55000-000</u>
E-mail:		Tel.(DDD):
		<u>81 9.9248-2292</u>

Local e Data: Caruaru - PE, 12.11.2019

Bernardo A. C. Falcão
Assinatura do Declarante

DLRL 001 V001/2017





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JUNIO DA SILVA GOMES	6 - Número do Prontuário 113133			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701809241198376	8 - Data Nascimento 22/08/1987	9 - Sexo MASCULINO	10 - Raça/Cor 1	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES	12 - Telefone de Contato 81.994569716			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CARACAS, 51 (A) - CAIUCA				
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
fratura do fêmur esquerdo após trauma

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
RX

23 - Diagnóstico inicial FRATURA OSSA PERNA E	24 - CID 10 Principais S82.1	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas J04.03.02.007-7
--	---------------------------------	------------------	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 030.17.04.003.5		
29 - Clínica ORT	30 - Caráter de Internação Permanente	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
33 - Nome do Profissional Solicitante DR. ALVES	34 - Data da solicitação 17/01/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho trajeto	Dr. Sidney Souza Araújo Ribeiro		
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado	Diretor Médico do segurado CRM 24640		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

22 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO





GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA - CARUARU	DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/10/19 08:40
MÉDICO SOLICITANTE: MAURICIO ALVES PAES	IP SOLICITAÇÃO: 633266

Identificação do Paciente	
NOME DO PACIENTE: JUNIOR DA SILVA GOMES	Nº DO PRONTUÁRIO:
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1987
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES	SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	COD. IGRE MUNICÍPIO:
	UF: PE
	CEP:

Dados sobre o Transporte	
MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO: 17/10/19 17:19
OBSERVAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:	

Regulador	
MÉDICO REGULADOR: WILSON FRANCISCO DE BARROS	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
TIPO LEITO: CIRÚRGICO	

Executante	
ESTABELECIMENTO: HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 17/10/19 15:02
MÉDICO AUTORIZADOR:	

Assinatura
Assistente Social
CRESSIDE 4471



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Julio de Lencastre

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

292195

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71013091211198376

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/1984

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Isidoreia Gomes da Silva Gomes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Isidoreia Gomes da Silva Gomes

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua do Estado da Bahia

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camamu

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tecido em falha após

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

acidente motorista (carro)

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Necessidade de resumo de exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Artigo

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_05 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepç.: DEIVISON NASCIMENTO
Matrícula: 701809241198376
Identidade:
Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CARACAS, 51 A
Bairro: CAIUCA
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: JOAO MANOEL GOMES
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F.: 06611738444
Identidade: 8000685 SDS PE
Telefone: 81.994569716
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: ALTINHO

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Queixa do Paciente: *Don ferus Esquerda*

H.D.A.: *ex c/ fratura osso ferus Esquerda*
após trauma

Exame Físico: *fratura osso perna Esq*

APQ. ANDRÉIA
Assistente Social
C-5555-PE

fratura

Tratamento:

Paciente necessita de Acompanhante
Médico
<i>Maria Rêta Dantas</i>
Acompanhante

Bezerras, 17 de outubro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Iron Alves
CRM-PE 3601





Número: **0020447-74.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/04/2020**

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	
JUNIO DA SILVA GOMES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72175 222	07/12/2020 17:02	Recibo de Apresentação de Documentos Parte 2	Outros (Documento)

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Recepc.: DEIVISON NASCIMENTO
Matrícula: 701809241198376
Identidade:
Cartão SUS: 701809241198376

Sexo:	MASCULINO	Cor:	MORENO
Est. Civil:			
C.P.F.	06611738444		
Identidade:	8000685	SDS	PE
Telefone:	81.994569716		
G.Instrução:			
Ocupação:			
Naturalidade:	ALTINHO		

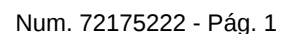
Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Assinatura / CRM

Assinatura / CRM

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário:





HOSPITAL JESUS PEQUENINO
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cód. 113133)	Atendimento: 563642	Idade: 32 ANOS E 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA	Leito: ENFER_05 - LEITO-02			CRM: 3601
Médico: DR. IRON ALVES SILVA				



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cód. 113133)	Atendimento: 563642	Idade: 32 ANOS E 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA	Leito: ENFER_05 - LEITO-02			CRM: 3601
Médico: DR. IRON ALVES SILVA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

LISTA DE PROBLEMAS:
FRATURA OSSOS PERNA E

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA: ☒ NORMOT. ☐ HIPERT. ☐ HIPOT.	TEMP: ☒ NORMAL ☐ EPISÓDIO DE FEBRE
HGT:	ALERGIA: ☐ NÃO ☐ SIM
NUTRIÇÃO: ☒ VO ☐ SNE ☐ SNG ☐ NPT ☐ GTT ☐ ZERO	ACESSO VENOSO: ☐ NÃO ☒ PERIF. ☐ CENTRAL
EVACUAÇÕES: ☒ SIM ☐ NÃO DIAS	DIURESE: ☒ SIM ☐ NÃO
ÚLCERA DE PRESSÃO: ☐ SIM ☒ NÃO	PROFILAXIA TVP: ☒ SIM ☐ NÃO

QUEIXAS:

ESTAVEL

EXAME FÍSICO

Geral: ☐ EG BOM ☐ EG REGULAR ☐ EG RUIM	☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE
☐ EG GRAVISSIMO	
☐ FEBRIL ☐ AFEBRIL	☐ NORMOCORADO ☐ HIPOCORADO ☐ HIDRATADO ☐ DESIDRATADO
☐ ANICTÉRICO ☐ ICTÉRICO	☐ EUPNEUCO ☐ DISPNEICO ☐ ALTERAÇÕES
Glasgow + + = PA: FC: Sat: FR:	
Ventilação: ☐ AR AMBIENTE ☐ O2 ☐ CATETER ☐ VENTURI % L/min	☐ TRAQUEOSTOMO
Cardiovascular: ☐ RCR EM 2T: BNS S/SOPROS.	☐ ALTERAÇÕES:
Respiratório: ☐ MV + EM AHT S/RA	☐ ALTERAÇÕES:
Abdome: ☐ PLANO ☐ SEMIGLOBOSO ☐ GLOBOSO ☐ INDOLOR A PALPAÇÃO/SEM VMG	RHA:
☐ ALTERAÇÕES:	
Membros: ☐ SEM EDEMA ☐ COM EDEMA:	PERFUSÃO PERIF:
☐ ALTERAÇÕES:	

IMPRESSÃO E CONDUTA:

ACESSO V PERIFERICO

PROFILAXIA T M V P

Médico: DR. IRON ALVES SILVA

CRM:

Iron Alves
CRM: 3601

Página 1 de 2





DATA: 18, 10, 19

ENF.: _____

NOME: Junio da Silva Gomes IDADE: Admissão: / /

LISTA DE PROBLEMAS: fractura Unio da perna Esq.

ANTIBIÓTICOS: 4

SSVV: PA: 120/80 NORMOT. () HIPERT. () HIPOT. TEMP.: 36,5 NORMAL () EPISÓDIO DE FEBRE _____

HGT: _____ ALERGIA: ☒ NÃO () SIM _____

NUTRIÇÃO: ☒ VO () SNE () SNG () NPT () GTT () Zero ACESSO VENOSO: () NÃO ☒ PERIF. () CENTRAL _____

EVACUAÇÕES: ☒ Sim () Não _____ DIURESE: ☒ Sim () Não _____

ÚLCERA DE PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO PROFILAXIA TVP: ☒ SIM () NÃO

QUEIXAS: Dor no MIE

Geral: () EG BOM (☒) EG REGULAR () EG RUIM () EG GRAVISSIMO (☒) CONSCIENTE () INCONSCIENTE

() FEBRIL ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO () HIPOCORADO ☒ HIDRATADO () DESIDRATADO

☒ ANICTÉRICO () ICTÉRICO ☒ EUPNEICO () DISPNEICO

() ALTERAÇÕES: _____

Glasgow + + = 15 PA: PC: Sat: FR:

Ventilação: ☒ AR AMBIENTE () O₂ / () CATETER () VENTURI _____% _____L/min () TRAQUEOSTOM

Cardiovascular: ARCER EM 2T; BNF S\SOPROS. () ALTERAÇÕES: _____

Respiratório: (✓)MV+ EM AHT S\RA. ()ALTERAÇÕES:_____

Abdome: () PLANO; (x) SEMIGLOBOZO; () GLOBOZO; () INDOLR A PALPAÇÃO\ SEM VMG; RHA _____

() ALTERAÇÕES: _____

Membros: ☒ SEM EDEMA () COM EDEMA _____ PERFUSÃO PERIF.: _____

() ALTERAÇÕES: _____

IMPRESSÃO E CONDUCTA:

is amigado

D. Jeffrey Flom, Jr.
CRW 23160





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO



EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 19/10/19

ENF.: _____

NOME: Júnio da Silva Gomes IDADE: _____ Admissão: ____/____/____

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Osso da perna Esq.

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA: ☒ NORMOT. ☐ HIPERT. ☐ HIPOT. TEMP.: ☒ NORMAL ☐ EPISÓDIO DE FEBRE _____

HGT: _____ ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM _____

NUTRIÇÃO: ☒ VO ☐ SNE ☐ SNG ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero ACESSO VENOSO: ☐ NÃO ☒ PERIF. ☐ CENTRAL.

EVACUAÇÕES: ☒ Sim ☐ Não _____ DIAS DIURESE: ☒ Sim ☐ Não _____

ÚLCERA DE PRESSÃO: ☐ SIM ☒ Não PROFILAXIA TVP: ☒ Sim ☐ Não

QUEIXAS: Sem queixas no momento

EXAME FÍSICO:

Geral: ☒ EG BOM ☐ EG REGULAR ☐ EG RUIM ☐ EG GRAVISSIMO ☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE

☐ FEBRIL ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO ☐ HIPOCORADO ☒ HIDRATADO ☐ DESIDRATADO

☒ ANICTÉRICO ☐ ICTÉRICO ☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO

☐ ALTERAÇÕES: _____

Glasgow ____ + ____ + ____ = ____ PA: _____ FC: _____ Sat: _____ FR: _____

Ventilação: ☒ AR AMBIENTE ☐ O2 / ☐ CATETER ☐ VENTURI _____ % _____ L/min ☐ TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular: ☒ RCR EM 2T; BNF S/SOPROS ☐ ALTERAÇÕES: _____

Respiratório: ☒ MV+ EM AHT S/RA. ☐ ALTERAÇÕES: _____

Abdome: ☒ PLANO; ☐ SEMIGLOBOSO; ☐ GLOBOSO; ☒ INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG; RHA _____

☐ ALTERAÇÕES: _____

Membros: ☒ SEM EDEMA ☐ COM EDEMA _____ PERFUSÃO PERIF.: _____

☐ ALTERAÇÕES: _____

IMPRESSÃO E CONDUTA:

Alta programada para o dia

Alexandro Oliveira
Médico
CRM: 28474





Admissão de enfermagem

Data: 17/10/2019	Turno: NOT	Clínica: CIR	Enfermaria/Leito: 05/02
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Idade:	Sexo: ☐ (F) ☒ (M)		
Procedente de: ☐ Casa	☒ Outro hospital	☐ Outro setor do HJP	
Condições do paciente na chegada a unidade			
☒ Consciente	☐ Inconsciente	☒ Orientado	☐ Desorientado
☐ Sonolento		☐ Torporoso	☐ Sedado
Pupilas: ☐ Mióticas		☐ Midríaticas	☒ Fotorreagentes
☐ Não reagentes		☒ Isocóricas	☐ Anisocóricas
Dicção: ☐ Lenta	☒ Normal	☐ Balbuciada	☐ Afasia
Queixa principal:			
Grau de dependência: ☐ Sem auxílio ☐ Muletas ☒ Cadeira de rodas ☐ Totalmente acamado			
☐ Paresia total	☐ Hemiparesia	☐ Plegia total	☐ Hemiplegia
Sinais vitais: ☐ PA mmHg	☐ FC BPM	☐ FR IRPM	T °C
Glicemia:	Peso:	Altura:	
Possui úlcera de pressão: ☐ Sim	☒ Não	Obs: Se SIM, preencher a ficha de ferida	
Faz uso de medicação contínua? ☐ Sim	☒ Não	Qual?	
Alergia?	☐ Sim	☒ Não	
Já esteve internado antes? ☐ Sim	☒ Não		
Há quanto tempo?			
Motivo da internação:			
Já submeteu a procedimento cirúrgico? ☐ Sim	☒ Não	Que tipo de procedimento?	
Regulação térmica			
☐ Hipotérmico	☐ Subfebril	☒ Afebril	☐ Febril
Pele			
☒ Normocorada	☐ Hipocorada	☐ Acianótica	☐ Cianótica
☒ Anictérica	☐ Ictérica		
Sistema respiratório			
Oxigenação: ☒ Eupneico	☐ Bradipnéico	☐ Taquipnéico	☐ Dispnéico
Suporte ventilatório			
☐ Intubado com VM	☐ Máscara de Venturi	☐ Cateter de O ₂	☐ Traqueostomizado
☒ Ar ambiente			
Sistema vascular:	☒ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico
Acesso venoso:	☒ Periférico	☐ Central	☐ Dissecção
Edema:	☒ Sim	☐ Não	Ritmo cardíaco: ☒ Regular ☐ Irregular
Pulso:	☒ Cheio	☐ Filiforme	Nível pressórico: ☒ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso
Sistema Gastrointestinal			
Via de Administração da Dieta			
☒ Via oral	☐ SNG	☐ SOG	☐ SNE
☐ Parenteral	☐ Gastronomia	☐ Zero	☐ Aberta
Eliminação			
Evacuações:	☐ Ausente	☒ Presente	
Abdomen			
☒ Normotenso	☐ Tenso	☐ Globoso	☐ Distendido
☒ Semi-globoso	☐ Escavado		
RHA:	☒ Presente	☐ Ausentes	☐ Diminuídos
Sistema Urinário			
Diurese:	☒ Presente	☐ Ausente	☒ Espontânea
☐ SVD	☐ Anúria	☐ Colúria	
☐ Plúria	☐ Oligúria	☐ Disúria	☐ Hematúria
☐ Cistostomia	☐ Estimulo medicamentoso		
Enfermeira (o): STEPHANIE SOUZA COREN-PE 436.330			

Stephanie Fracalossi V. Souza
COREN-PE 436.330-ENF





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 18/10/2019 Hora: Clínica: ORT Enfermaria/Leito: 05/2

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Dias de internamento: HD.:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível de consciência: ☐ Senil ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado
☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Sob sedação

Interação social: ☒ Cooperativo ☐ Agitado ☐ Depressivo

Sinais Vitais

PA () mmHg FC () BPM FR () IRPM T () °C

Regulação Térmica: ☐ Hipotérmico ☐ Subfebril ☒ Afebril ☐ Febril

Pele: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Acinótica ☐ Cianótica ☒ Anictérica ☐ Ictérica

Sistema Respiratório

Oxigenação: ☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Bradipnéico ☐ Taquipnéico

Avaliação respiratória/Suporte ventilatório: ☒ Espontânea ☐ O₂ suplementar ☐ Máscara Venturi %

☐ VNI intermitente ☐ Intubado com VM ☐ Traqueostomizado ☐ TQT + VM ☒ Ar ambiente

Dreno Torácico: ☐ Sim ☒ Não Oscilação: ☐ Sim ☒ Não Aspecto de drenagem:

Sistema Vascular: ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção

Edema: ☐ Sim ☒ Não Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme

Ritmo cardíaco: ☒ Regular ☐ Irregular

Nível pressórico: ☒ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso

Sistema Gastrointestinal

Via de administração da dieta: ☒ Via oral ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ Aberta
☐ Zero ☐ Gastrotomia ☐ Parenteral

Eliminação: ☐ Ausente ☒ Presente ☐ Diarreico ☐ Constipado dias

Abdomen: ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Semi-globoso ☐ Escavado

RHA.: ☒ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos

Sistema Urinário

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Colúria ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Disúria
☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Estimulo medicamentoso

Genitália: ☒ Íntegra ☐ Prejudicada

Queixas principais: SEM QUEIXAS

Observações: PACIENTE SEGUE CLINICAMENTE ESTAVEL. AVP: PERVIL, SEM SINAIS FLOGISTICOS. TORAX: SIMETRICO EM EXPANSÃO BILATERAL PRESERVADA. ABDOMEN: INDOLOR A PALPAÇÃO. SEGUE MCP E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enfermeira (o): BARBARA TUPINAMBA 470346

Barbara Tupinamba
Enfermeira
COREN-PE 470346



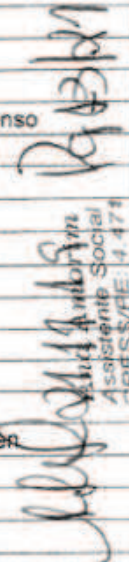


Hospital Regional
JESUS PEQUENO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 17.10.19	Clínica: ORT	Enfermaria/Leito: 512
Paciente: JUNIOR DA SILVA GOMES		
Idade: 32	Sexo:	
Aparelho Respiratório		
☐ Espontânea	☐ TOT	☐ TQT
☐ Dispneico FR	IRpm	☐ Suporte de O2
☐ Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi %
Tosse: ☐ Presente	☒ Ausente	
Aparelho Cardiovascular		
☒ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico
☒ Normotenso	☐ Hipotenso	☐ Hipertenso
Acesso Vascular: ☒ Periférico	☐ Central	☐ Dissecção
Edema: ☐ Sim	☒ Não	Local:
Aparelho Gastrointestinal		
Dieta: ☒ VO	☐ SNE	☐ SNG
☐ Gastrotomia	☐ Jejunostomia	☐ NPT
☐ Zero	Aspecto:	
Aceitação da dieta: ☒ Boa	☐ Moderada	☐ Ruim
Evacuação: ☒ Presente	☐ Ausente	
Aparelho Geniturinário		
Genitália: ☒ Preservada	☐ Alterações:	
Diurese: ☐ Presente	☐ Ausente	
Dispositivo Urinário: ☒ Sem dispositivo	☐ SVA	☐ SVD
☐ Uropen		
Aparelho Muscular e Higiene		
Contensão mecânica: ☐ Presente	☒ Ausente	
Fratura: ☒ Presente	☐ Ausente	
Banho: ☐ No leito	☒ De aspeção (banheiro)	
Lesões de pele: ☐ Presente	☒ Ausente	
Outras Informações:		
Paciente é admitido neste setor de ortopedia vindo do HR com fratura de tíbia evoluindo GGR, consciente, orientado, afundos SSVV normais, sem queixas no momento, medicação conforme prescrição médica e seguir aos cuidados da equipe.		
Técnico de Enfermagem: Tatiana Santos Lima		
COREN: 775943		



EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Data: 18/10/2019	NOTURNA	Clínica: ORT	Enfermaria/Leito: 05/02
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Idade:	Sexo: ☒ (M) ☐ (F)		
Aparelho Respiratório			
☒ Espontânea	☐ TOT	☐ TQT	☒ Eupnéico ☐ Bradpnéico ☐ Taquipnéico
☐ Dispneico FR	IRpm	☐ Suporte de O2	☐ Sem suporte de O2
☐ Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi	%
Tosse: ☐ Presente	☒ Ausente		
Aparelho Cardiovascular			
☒ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico	☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso
Acesso Vascular: ☒ Periférico	☐ Central	☐ Dissecção	Localização:
Edema: ☐ Sim	☒ Não	Local:	
Aparelho Gastrointestinal			
Dieta: ☒ VO	☐ SNE	☐ SNG	☐ Gastrotomia ☐ Jejunostomia ☐ NPT ☐ Zero
Aceitação da dieta: ☒ Boa	☐ Moderada	☐ Ruim	
Evacuação: ☒ Presente	☐ Ausente	Aspecto:	
Aparelho Geniturinário			
Genitália: ☒ Preservada	☐ Alterações:		
Diurese: ☒ Presente	☐ Ausente		
Dispositivo Urinário: ☒ Sem dispositivo	☐ SVA	☐ SVD nº	☐ Uropen
Aparelho Muscular e Higiene			
Contensão mecânica: ☐ Presente	☒ Ausente		
Fratura: ☐ Presente	☒ Ausente PÓS		
Banho: ☐ No leito	☒ De aspeção (banheiro)		
Lesões de pele: ☐ Presente	☒ Ausente		
Outras Informações:			
Paciente evolui estável, consciente, orientado, sem queixas, aferidos ssvv, medicado conforme prescrição medica, segue aos cuidados da enfermagem.			
Técnico de Enfermagem: MICHAEL SAMPAIO			
 Micael Sampaio Téc. Enfermagem COREN: 1194476			



EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 19/10/2019	DIURNA	Clinica: ORTO	Enfermaria/Leito: 5/2
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Idade: 32 A	Sexo: ☒ (M) ☐ (F)		
Aparelho Respiratório			
☒ Espontânea	☐ TOT	☐ TQT	☒ Eupnéico
☐ Dispneico FR	IRpm	☐ Suporte de O2	☐ Sem suporte de O2
☐ Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi	%
Tosse: ☐ Presente		☒ Ausente	
Aparelho Cardiovascular			
☒ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico	☒ Normotenso
☐ Hipotenso	☐ Hipertenso	Localização:	
Acesso Vascular: ☒ Periférico	☐ Central	☐ Dissecção	Local:
Edema: ☐ Sim	☒ Não		
Aparelho Gastrointestinal			
Dieta: ☒ VO	☐ SNE	☐ SNG	☐ Gastrotomia
☐ Jejunostomia	☐ NPT	☐ Zero	
Aceitação da dieta: ☒ Boa	☐ Moderada	☐ Ruim	
Evacuação: ☒ Presente	☐ Ausente	Aspecto:	
Aparelho Geniturinário			
Genitália: ☒ Preservada	☐ Alterações:		
Diurese: ☒ Presente	☐ Ausente		
Dispositivo Urinário: ☒ Sem dispositivo	☐ SVA	☐ SVD nº	☐ Uropen
Aparelho Muscular e Higiene			
Contensão mecânica: ☐ Presente	☒ Ausente		
Fratura: ☐ Presente	☒ Ausente		
Banho: ☐ No leito	☒ De aspeção (banheiro)		
Lesões de pele: ☒ Presente	☐ Ausente		
Outras informações:			
PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, CIRURGIADO, REALIZADO CURATIVO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.			
As 11:40h paciente recebe alta hospitalar.			
Técnico de Enfermagem: ALBECARLA SALES			

Ana Amorim
 Enfermeira
 12/10/2019



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JUNIO D SILVA GOMES	NUMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO DR. JOSE FELIPE GUEDES	
ANESTESIA RAQUIDIANA	DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 18/10/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + NEUROLISE DO FIBULAR DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS 3. DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO 4. INCISAO LATERAL PARA ACESSO AO PLANALTO 5. DIVULSAO POR PLANOS 6. NEUROLISE DO FIBULAR 7. REDUÇÃO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 8. FIXAÇÃO COM PARAFUSOS 9. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 10. LAVAGEM COM S 0.9% 11. SUTURA POR PLANOS 12. CURATIVOS	

Ana Amorim
 Assistente Social
 RESS/RE 4.471

18/10/19
 19.10.19
 19.10.19

Dr. Felipe Guedes
 Ortopedista
 CRM 21025



FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 18, 10, 19

Anestesia: Rapundiana NB

Nome: Luana da S. Gomes Nº do Registro: 113133 Nº. na Clínica: _____
Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 32 Sexo: M Cor: P
Operador: Dr. Felipe Assist.: _____ Anestesista: Dr. Fuzala
Diag. Preop.: Fratura de osso da perna esp. Diag. Posop.: a mesma
Op. Proposta: Pro enfiamento Op. Realizada: a mesma
Premedicação: MD32 - 1mg Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
N2O																
O2																
Líquidos venosos																
PA																
V																
PULSO																
ANES																
OP																
O																
TEMP.																
A																
ASPIR																
A																
RESPIR																
O																

ECG RSR RSR
Sinal 100% 100%

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. N2O	100%	Por seculo de HCR	Paralelo 4 Dr. Fuzala CRM 1471
B. Oxigenio	80%	Por seculo de HCR	
C. Propofol	100%	Por seculo de HCR	
D. Etomidato	100%	Por seculo de HCR	
E. Nitrofurantoina	40%	Por seculo de HCR	
F. Talento	40%	Por seculo de HCR	
G. Aspirina	2g	Por seculo de HCR	
LÍQUIDOS			CÂNULA - NASOVENTO FARINGEA NASOVENTO TRAQUEAL - CEGA SAL - TAMPI - CALIBRE DO TUBO BOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA
SFOG: F			
Tempo de Anestesia			
TOTAL	02	1h	
OPERAÇÃO:			Laringo - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia Bradi - Taquicardia - Choque
ANESTESISTA:			PERDA SANGÜÍNEA
CIRURGIÃO:			Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM 21025





HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

COMANDA 530459

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Emilia da Silva Gomes Registro Nº. 113133
Apt.: _____ Enfermaria: E Data: 18/10/19
Cirurgia: Frente dos olhos da Pneu Cirurgião: M. Felipe
Anestesia: Nagui Anestesista: M. Priscila
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		<u>Nercon</u>	<u>01 amp</u>
Adrenalina		Neomicina Pomada	
Água Destilada	<u>01 amp</u>	Nitride	
Atropina		Omeprazol	
Bicarbonato de Sódio		Plasil	
Cediladine		Propofol	
Cisatracure		Prostigmine	
Cloreto de Sódio		Quelicin	
Cloreto de Potássio		Rapifen	
Clindamicina		Ranitidina	
Dramin		Revivan	
Dexametazona Pomada		Ringer c/ Lactato	
Decadron	<u>01 amp</u>	Rocefin 1g	
Diazepam		Servofurano	
Dipirona	<u>02 amp</u>	Sintocinon	
Dilmorf 0.1	<u>01</u>	Soro Fisiológico 500 ml	<u>01 amp</u>
Dolantina		Soro Glicosado	
Dormonid		Styptanon	
Efortil		Sulfato de Magnésio	
Enxoparina 40mg		Tansamin	
Fenergan		Tenoxicam	<u>01 amp</u>
Fentanil Espinhal		Thionembutal	
Fentanil 5ml		Tramal	
Flumazenil		Vitamina K	
Glicose		Voluven	
Gluconato Cálcio		Xylocaina 2% s/a	
Hidrocortizona 100mg		Xylocaina 1% s/a	
Hidrocortizona 500mg		Xylocaina Geléia	
Ipsilon		Xylocaina Spray	
Ketlin	<u>01 amp</u>	Xylocaina Pesada	
Ketalar		MEDICAMENTOS	
Lasix		Agulha desc. 25x7/40x12/0.45x13	<u>03 unid</u>
Manitol		Agulha de Plexo	
Marcalina c/a		Agulha Raque 2.5	<u>01 unid</u>
Marcalina s/a	<u>01 amp</u>	Algodão Hidrófilo	
Metbergin		Algodão Ortopédico	
Metronidazol 500mg		Atadura Crepe	<u>15 + 10 = 02 unid</u>





HOSPITAL JESUS PEQUENINO
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cód 113133)	
Atendimento: 563642	Idade: 32 Anos e 1 Mês
Data: 17/10/2019	Convênio: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA	Leito: ENFER_05 - LEITO-02
Médico: DR. IRON ALVES SILVA	CRM: 3601

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO	HGT: ☐ SIM ☒ NÃO			
COMORBIDADE: ☐ SIM ☒ NÃO				
HGT	12	18	00	06
PA	12	18	00	06 120x80
TEMPERATURA	12	18	00	06 36.1°C
DIETA	BRANDA			
2	HIDRATAÇÃO:			
	JELCO HIDROLISADO			
3	ANTIBIÓTICO:			
4	PROFILAXIA:			
	HNF 5000UI 0.25ML SC 12/12H ACM			
5	SINTOMÁTICOS/CORREÇÃO			
	PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		SN	
	TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0.9% EV 12/12H SE DOR REFRATÁRIA		SN	
	ATENSINA 0.1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e PAD>110		SN	
	KCL 19.1% 2 AMP + SF 0.9% 200ML EV CORRER EM 3H		ACM	
	NBZ: Berotec _____ gotas + Atrovent _____ gotas + SF 0.9% _____ ml 20/20' _____ x de _____ / _____ h		ACM	
	HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM		ACM	
	DIPIRONA 1 AMP +AD EV 6/6H			
6	PENDÊNCIAS:			
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
	HGT 6/6H			
	CURATIVO DIÁRIO			
	FISIOTERAPIA			
	SSVV 6/6H + CUIDADOS GERAIS			
	MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO			
	ACM			
	AVM (O2 + AR COMPRIMIDO) SN			
	OXIGENATERAPIA POR			
	ASPIRAÇÃO DE VAS - 4/4H Q/N			
	Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150: 0 UI / 151-200: 2 UI / 201-250: 4 UI / 251-300: 6 UI 301-350: 8 UI / 351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisar plantonista) Se HGT <70mg/dl FAZER 05 AMPOLAS DE GLICOSE 50% IV EM BOLUS			
	BANHO NO LEITO 3X AO DIA COM SAPÊX/ALGODÃO/PRODERME/DERMODEX/TROCA DE FRALDA			
	01 LUVA ESTERIL + 01 PACOTE GASE + 10ML DE			

Ana Amorim
Assistente Social
CRESPIN 17.19

17/10/2019
17h 19
17.19

Iron Alves
CRM PE 3601

Página 1 de 2



Emissão: 22/10/2019 11:54

Saida: 19/10/2019 Hora: 11:40
Matricula: 701809241198376
Identidade:
C.N.S.: 701809241198376

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Estado Civil:
C.P.F.: 06611738444
Identidade: 8000685 - SDS - PE
Telefone: / 994569716
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: ALTINHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

98-10-19

HGT: ☐ SIM ☒ NÃO

COMORBIDADE: ☐ SIM ☐ NÃO

HGT	12	18	00	06
PA	12	18	00	06
TEMPERATURA	12	18	00	06

HORÁRIOS

DIETA	BRANDA
-------	--------

2	HIDRATAÇÃO:
---	-------------

	JELCO HIDROLISADO
--	-------------------

3	ANTIBIOTICO:
---	--------------

4	PROFILAXIA:
---	-------------

HNF 5000UI 0.25ML SC 12/12H ACM

5	SINTOMATICOS/CORREÇÃO
---	-----------------------

PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS

SN

TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0,9% EV 12/12H SE
DOR REFRACTÁRIA

SN

ATENSINA 0,1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e
PAD>110

SN

KCL 19,1% 2 AMP + SF 0,9% 200ML EV CORRER EM 3H

ACM

NBZ: Berotec _____ gotas + Atrovent _____ gotas + SF
0.9% ml 20/20' x de / h

ACM

HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM

ACM

DIPIRONA 1 AMP +AD EV 6/6H

6	PENDENCIAS:
---	-------------

7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
---	------------------------

HGT 6/6H

CURATIVO DIARIO

FISIOTERAPIA

SSV 6/6H + CUIDADOS GERAIS

MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO
ACM

Q. Serial 502, page
CRN 23180

[Signature]
Reserva Contable da Sítio
CASA-PE - 1111654-PE





Número: **0020447-74.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/04/2020**

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	
JUNIO DA SILVA GOMES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72175 223	07/12/2020 17:02	Recibo de Apresentação de Documentos Parte 3	Outros (Documento)



NOME: *Junio da Silva*

REGISTRO: *113133*

PRESCRIÇÃO	18/10/2019	19/10/2019	20/10/2019
DIETA POR VO APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	<i>Germa</i>		
SFO, 9% 1000 ML EV EM 24HS	<i>Dr. J. S. F.</i>		
CEFALEXINA 500MG + AD EV DE 6 EM 6HS	<i>J. S. F.</i>		
DIRIFONA 01G + AD EV DE 6/6HS			
TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% EV DE 8/8HS S/N			
NAUSEDRON 01FA + AD EV DE 8/8HS S/N			
SSV+ CCGG	<i>Raiane</i>		

De: 140x70 36°C

Priscila Rodrigues
LORENTE 100001010

Dr. J. S. F.
100001010

Ana Amorim
100001010
19/10/19

Dr. J. S. F.
100001010

19/10/19 Alta por Tular



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_05 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepç.: DEIVISON NASCIMENTO
Matrícula: 701809241198376
Identidade:
Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CARACAS, 51 A
Bairro: CAIUCA
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: JOAO MANOEL GOMES
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F. 06611738444
Identidade: 8000685 SDS PE
Telefone: 81.994569716
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: ALTINHO

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Queixa do Paciente:

Don ferus Esquerd

H.D.A.:

ex c/ fratura ossos ferus Esquerd
após trauma

Exame Físico:

fratura ossos PERNA ESQ

"fratura"

Tratamento:

Paciente necessita de Acompanhante

Médico

Maria Katia Dantas
Acompanhante

Bezerros, 17 de outubro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Iron Alves
CRM-PE 3601



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70113091211198376

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/87

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

10 - RACA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Sindalva Pereira da Silva Gomes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua do do balança

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barra

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tecido em falha após

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

acidente motorista

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Necessidade de Exame de Urgência

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() JCP

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





**SAMU
192**



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JUNIO DA SILVA GOMES** portador do RG: 8.000.685 SDS-PE e CPF: 066.117.384-44, que consta nos registros de ocorrências N°1909170131 do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 15/10/2019 às 11h e 59min, no endereço **AVENIDA LEÃO DOURADO, VILA KENNEDY, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO MOTO X CARRO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo removido em seguida para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2019.

Plínio Tiago Acioli
Plínio Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 13/11/19

Junio da Silva Gomes
Junio da Silva Gomes





3 - Evolução / Exames

→ Verfahren 1. und 2. Gang d. d. 1950

Dr. TIGAO PAREZANO MONTE
MEDICO FARMACIA DIX MEDIC
U.R.C. 041-250022-7000000000

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retratada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

☐ Transferência: _____ ☐ Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data:	/	/	Hora:	Medico:	CRM:
-------	---	---	-------	---------	------

15/10/2019 12:43:23

2 de 2

Usuario do Atendimento

EDJAILMARG



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/SUS/PE

RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS INTERNAMENTO

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SOLICITO:
RADIOGRAFIAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ COLUNA CERVICAL AP/PERFIL | ☐ COLUNA DORSAL AP/PERFIL | ☐ COLUNA LOMBAR AP/PERFIL |
| ☐ OMBRO AP/AXILAR E P. ESCAP | ☐ TÓRAX AP/PERFIL | ☐ ARCOS COSTAIS AP/OBLÍQUO |
| ☐ BRACO AP/PERFIL | ☐ COTOVELO AP/PERFIL | ☐ ANTEBRAÇO AP/PERFIL |
| ☐ PUNHO AP/PERFIL | ☐ MÃO AP/OBLÍQUO | ☐ BACIA AP/LÖWENSTEIN |
| ☐ BACIA ALAR/OBTURATRIZ | ☐ QUADRIL AP/LÖWENSTEIN | ☐ COXA AP/PERFIL |
| ☐ JOELHO AP/PERFIL | ☐ JOELHO AXIAL DE PATELA | ☐ PERNA AP/PERFIL |
| ☐ TORNZELO AP/PERFIL/MORTISE | ☐ PÉ AP/OBLÍQUO | ☐ CALCANHAR PERFIL |
| ☐ CLAV/CULA AP/ZANCA | | |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

SOLICITO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

IMOBILIZAÇÃO

- | | |
|--|--|
| ☐ VELPEAU DE CREPOM | ☐ TALA ANTEROQUADRIPALMAR (LIMA) |
| ☐ VELPEAU VERTIC (TIPOMA AMERICANA) | ☐ TALA ANTEROQUADRIPALMAR (GARRARA) |
| ☐ TIPOMA SIMPLES | ☐ TALA BIAQUADRIAL (DIXON PALMAR) |
| ☐ COLAR CERVICAL | ☐ TALA PINÇA DE CONFITEIRO |
| ☐ TALA SUROPODÁLICA (BOTA) | ☐ TALA METÁLICA PARA DEDOS |
| ☐ TALA INGUINOMALEOLAR (TUBO) | ☐ ADESIVAGEM/ESPIRADRAGEM |
| ☐ TALA INGUINOPODÁLICA | ☐ APARELHO GESSADO TÍPICO |
| ☐ TALA HEMIPELVEOPODÁLICA (SPICA) | ☐ OUTROS: |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

SOLICITO: EXAMES LABORATORIAIS

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

- | | |
|---|--|
| ☒ HEMOGRAMA | ☒ COAGULOGRAFIA |
| ☒ UREIA | ☒ CREATININA |
| ☒ TGO | ☒ TGP |
| ☒ GLICEMIA DE JEJUM | ☒ HEMOGLOBINA |
| ☐ HEMATÓCRITO | ☒ SUMÁRIO DE URINA |
| ☐ UROCULTURA | ☐ HEMOCULTURA |
| ☐ CULTURA DE SECREÇÃO | ☐ PROTEÍNA C REATIVA |
| ☐ VELOC. HEMOSSEDIMENTAÇÃO | ☐ OUTROS: |

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

LEGENDA: "E": ESQUERDO, "D": DIREITO, "X": NÃO SE APLICA, "A": AMBOS

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

PARECER CARDIOLÓGICO

HD: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

NECESSIDADE DE PARER CARDIOLÓGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
R209600069 MT PE

CPF 011.173.854-77 DATA NASCIMENTO 13/09/1983

FILIAÇÃO
IGNACIO LUIZ FALCAO
LEONOR COUTINHO FALCAO

PERMISSÃO: ☒ AUT. ☐ CAT. NAC. ☐ AUT.

Nº REGISTRO 02099243310 VALIDADE 04/10/2023 HABILITAÇÃO 09/12/2001

OBSERVAÇÕES
CETVE
RAN

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CARIARI, PE DATA EMISSÃO 30/10/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

14036659661
28388383357

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1683787454

PREMIUM PLASTIFICAR 1683787454



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485646765
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1159130326 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ERIK EDSON DANTAS

CARUARU-PE 0

CPF / CNPJ 710.036.684-43 PLACA PCD5787

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2KC2200JR165428

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 FAN ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

CAP / POT / CIL 25 / 162 CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO 1ª *****
FAIXA LTVIA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
A 1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 88.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 88.43 DATA DE PAGAMENTO 20/03/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

CARUARU 15/04/19

Roberto Carlos Moreira Pontelles
VIRETOR PRES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485646765 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ERIK EDSON DANTAS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/04/19

VIA 1 CPF / CNPJ 710.036.684-43 PLACA PCD5787

RENAVAM 1159130326 MARCA / MODELO HONDA / CG 160 FAN

ANO FAB. 2018 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC2200JR165428

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 26.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 20/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

EXTRAQUE E GUARDE O BILHETE DE A
DIS. NAS S DE PORTE OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036145 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 15/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: Junio da Silva Gomes

portador(a) do documento de identidade n°: 8.000.685, expedido por SOS, em 29/11/2013, inscrito no CPF sob o n°: 066.117.334-44,

residente: Rua Caraca, n°: 51 complemento: _____,

Bairro: Caraca, cidade: Caruaru, Estado PE.

2. OUTORGADO: Bernardo Alexandre Coutinho Falcão

portador(a) do documento de identidade n°: 8409600099, expedido por MT-PE, em 30/10/2018, inscrito no CPF sob o n°: 011.143.834-77,

residente: Anderson Barbosa de Carvalho, n°: 215 complemento: AP 304-B7

Bairro: Barro Vermelho, cidade: Caruaru, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

Junio da Silva Gomes Acidente ocorrido no dia 15/10/2019, do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade.

13 de Novembro de 2019



OUTORGANTE:

Junio da Silva Gomes

(reconhecer firma por autenticidade)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. dos Expedientes, 102 - Bairro Sertão dos Dourados - Caruaru/PE - CEP 55000-000 Fone (81) 3722-8733 - Fax (81) 3721-2118

Reconheço, por autenticidade, a firma de: JUNIO DA SILVA GOMES. Em testemunho _____ de verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 13/11/2019 - 10:43:52

NEIDE MARIA DOS SANTOS (Substituta)

EMOLUMENTOS: R\$3,51, TSNR: R\$0,80, FERC: R\$0,40, FUNSEG: R\$0,08, FERM: R\$0,04, ISS: R\$0,08
TOTAL: R\$4,81. Operador: 38

Selo: 0073718 BDP11201901.01840

Cartório do 3º Ofício
Domicílio
Caruaru-PE

Bel. CARLOS TOZOMBO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030577/20

Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES

CPF: 066.117.384-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUNIO DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO : 011.173.854-77

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

JUNIO DA SILVA GOMES : 066.117.384-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO
CPF: 011.173.854-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036145

Vítima: JUNIO DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUNIO DA SILVA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15410931

