



Número: **0069157-28.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVANILDO BORGES DOS SANTOS (AUTOR)	KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72698 496	17/12/2020 14:02	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780      **Cidade:** Paudalho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/08/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** fratura de clavícula direita

**Descrição do exame** vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, deficit de força de  
**físico:** grau medio, presença de cicatriz cirúrgica

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico com fixação de fios de K, evoluiu sem complicações..

Alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/12/2019

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780      **Cidade:** Paudalho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/08/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



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, 22 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647780**      **Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

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

**Senhor(a), IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15134068

Pag. 00683/00684 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 29 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647780**      **Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

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

Pag. 01551/01552 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060776

Carta nº 15167410



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 4

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, 18 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647780**      **Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

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 dos ombros

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: IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004739**

**Conta: 0000011589-5**

**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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
027.062.284-58 IVANILDO BORGES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: IVANILDO BORGES DOS SANTOS	6 - CPF: 027.062.284-58		
7 - Profissão: NAO ROSSI	8 - Endereço: AV DOIS IRMAOS	9 - Número: 32	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AV DOIS IRMAOS	12 - Cidade: PAUDALHO	13 - Estado: SE	14 - CEP: 55825-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 01-99253-2981		

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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <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
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 4739	CONTA: 41589	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	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 pedido (a rogo)	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Xuanaldo 18/11/2019

Xuanaldo 18/11/2019  
Xuanaldo Borges dos Santos

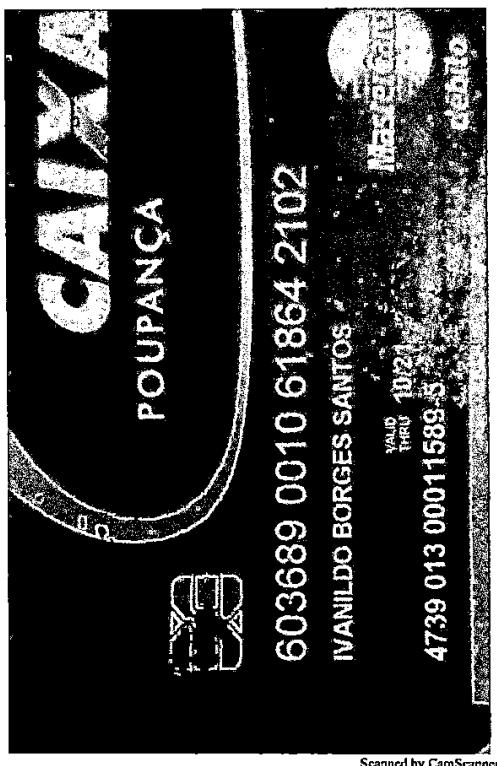
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019





Conta Poupança  
013

Nº: 4739  
013  
Conta: 11589-5



2 de 2

Pernambuco  
11/09/2019 15:4247<sup>ª</sup> Circunscrição  
Paudalho

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -**  
**DP47<sup>ª</sup>CIRC DINTER1/H1<sup>ª</sup>DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0137001909**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às  
**17:52**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que**  
**aconteceu no dia 20/8/2019 às 16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, RODOVIA BR-462**  
- Bairro: **CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de  
Referência: **ENTRADA DA ESTRADA DE CHÁ DE ALEGRIA**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NENHUM ( AUTOR / AGENTE )**  
**IVANILDO BORGES DOS SANTOS ( VÍTIMA )**

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):**  
**IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

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

**IVANILDO BORGES DOS SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS** Pai: **JOSE BORGES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **22/4/1976** Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6427861/GSP/PE (RG), 82786228468 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 880437393**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 316, RUA DA LUA - ALTO DOIS IRMÃOS -**  
**CEP: 55809-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NENHUM - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO**

**Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa da Conta no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -**

**Qualificação da(s) objeto(s) envolvida(s)**

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANILDO BORGES DOS SANTOS, que estava em posse do(s) Sr(s): IVANILDO BORGES DOS SANTOS**  
- Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

## Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/InTopol/xml/BOEPreview.html

**Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: KGP7221 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 183413662 Chassi:  
**SC2KC1550AR045999**  
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010 Combustível: GASOLINA

## Complemento / Observação

**RELATA IVANILDO BORGES DOS SANTOS QUE NO DIA 29.08.2019 POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA KGP-7221 NA RODOVIA BR-408, QUANDO UM CACHORRO APARECEU NA FRENTES E NÃO CONSIGUINDO PARAR ACABOU ATROPELAMDO O ANIMAL E CAINDO AO CHÃO. A VÍTIMA INFORMA TER SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA(UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) DA CIDADE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA OUTROS HOSPITAIS NA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE. FACE AO EXPOSTO, PROCUROU A VÍTIMA ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR O FATO.**

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

*Ivanildo Borges dos Santos*  
**IVANILDO BORGES DOS SANTOS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE - Matrícula: 310717-4





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
027.062.284-58 IVANILDO BORGES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: IVANILDO BORGES DOS SANTOS	6 - CPF: 027.062.284-58		
7 - Profissão: NAO ROSSI	8 - Endereço: AV DOIS IRMAOS	9 - Número: 32	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AV DOIS IRMAOS	12 - Cidade: PAUDALHO	13 - Estado: SE	14 - CEP: 55825-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 01-99253-2981		

## 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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 4739 CONTA: 41589 5	(Informar o dígito se existir)

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? <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 pedido (a rogo)	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

002/2019



# 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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000011589-5

---

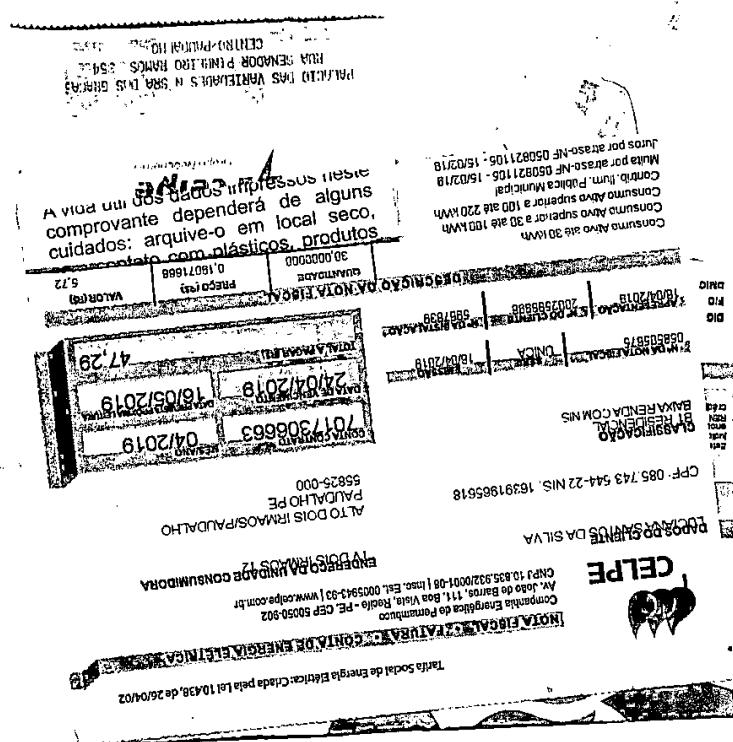
Nr. da Autenticação B16596A9F690C556



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 11

químicos ou óleo. Não exponha  
também à luz do sol, lâmpadas  
fluorescentes e fontes de calor.



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

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



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	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA	24/09/2019	17/09/2019	007026223177
CPF: 919.419.384-34 NIS: 12523181675	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	52,77	17/09/2019	2015924566
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSE	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
LO PRIMAVERA 5-PR -  PRIMAVERA/PAUDALHO 55825-000 PAUDALHO PE	B1 RESIDENCIAL - BAXA RENDA COM NIS Monofásico	077739127	0005468346
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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	RESERVADO AO FISCO	A744.1899.5CF3.4049.11C5.4EBA.7738.6753	

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)				
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198125	5,76				
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32911071	23,03				
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	16,00	0,49366607	7,89				
Acréscimo Bandeira VERNELHA			2,79				
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,12				
Multa por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,73				
Juros por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,34				
Atualização IGPM-NF 070040833 - 18/07/19			0,12				
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>52,77</b>				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	0,00	39,46	0,81	0,31	39,46	3,72	1,46

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo até 30 kWh 0,19198125  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,32911071  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,49366607

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

		kWh
SET	19	116
AGO	19	118
JUL	19	115
JUN	19	125
MAI	19	157
ABR	19	135
MAR	19	129
FEV	19	108
JAN	19	109
DEZ	18	108
NOV	18	112
OUT	18	106
SET	18	115

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003170294725	CAT	19/09/2019	2.724,00	17/09/2019	2.840,00	29	1.00000 0,00 116,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META NENHUM	META TRIM.	META ANUAL			
DIC-No de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,87	21,74	43,49			
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69			
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00			
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,23								
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto da sua lanchonete afimada: av costa e silva centro / polmark camunicação assessor: r gênuo silva 46 centro lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."							
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .							
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, XLVIII, 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\$ 32,12 .							
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
DESTAQUE AQUI							
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO			
007026223177	09/2019	52,77	24/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			

838000000009 527700110074 026223177109 141900959235



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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 919.419.384-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do

Beneficiário Marcelo Borges dos Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 07.062.284

58 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima

Marcelo Borges dos Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 07.062.284, 58 conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

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

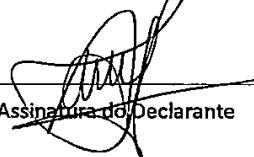
Informar

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: LO PRIMAVERA	Número: 5	Complemento: CASA
Bairro: PRIMAVERA	Cidade: PAUDALHO	Estado: PE CEP: 55825-000
E-mail: MARCOSFEITOSA25@HOTMAIL.COM		Tel. (DDD) 8199534-7625

Local e Data:

Passo 14/11/2019

  
Assinatura do Declarante



## SECRETARIA DE SAÚDE DE PAUDALHO-PE

UPA24H LAURA BANDEIRA DE MELO



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 001095 CLASSIFICAÇÃO: AMARELO Nº OCORRÊNCIA:00078315**

Nome: IVANILDO BORGES DOS SANTOS	Idade: 43 Anos 3 Meses 29 Dias	CNS: 898003724195275	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
End.: B	Nº: 12	CEP: 55825000	Bairro: ALTO DOIS IRMÃOS
Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS	Doc nº: 5427861	Nacio.: BRASILEIRA	Cor/Raça: PARDO
Pai:	Acom.:		Sexo: MASCULINO
Profi.:	Telefone: 81 989337793	Município: PAUDALHO	

Encaminhamento: CLÍNICA MÉDICA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:	Procedência: Via pública
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO DOR FORTE EM OMBRO D NEGA VÔMITO E DESMAIO (ESTAVA COM CAPACETE)	Doenças preexistentes: NEGA
	Régua de dor: Grave

Intolerância/Alerg.: NEGA	Pré-consulta: Urgência
---------------------------	------------------------

Parâmetros: PA: FC: R: T: HGT:	Spo2: GLASGOW: Peso:
--------------------------------	----------------------

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo	
--	--

Sintomas:	
-----------	--

Dor torácica:	Duração da dor:	Localização:
---------------	-----------------	--------------

Dor presente:	Irradiação:
---------------	-------------

Edemas:	
---------	--

Observações:	
--------------	--

Últimas ocorrências	Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
	16/07/2018 15:18 00001211 REFERE DOR DE DENTE DESDE ONTEM.

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
<p>R. dól. dor torácico p/ d. dor d. dor d. dor d. dor. d. dor d. dor.</p>	<p>D. d. d. d. d. d. d. d. d. d. d. d. d. d.</p>

Exames complementares	Impressão diagnóstica
-----------------------	-----------------------

Motivo da saída: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado	Justificativa:
---	----------------

Encaminhado:	Removido:
--------------	-----------

Óbito às: h m do dia: / /	Data saída: / / Hora saída: :
---------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Nebulização <input checked="" type="checkbox"/> Adm. de medicamento <input type="checkbox"/> Retirada de ponto	Técnico / Coren Rosenilda Lima de Santana COREN-PE 000.765.372-76	Atendimento Médico <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Obs. até 24 hs	Médico / CRM 
		Horário: :	

Cód procedimento			
------------------	--	--	--

Técnico / Conselho			
--------------------	--	--	--

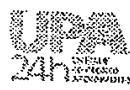
Horário			
---------	--	--	--

20/08/2019 16:32:27

RECEPCIONISTA: ALINE RENATA DA SILVA

TRIAGEM: MARIA DE FATIMA SOUZA DA CONCEIÇÃO





## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 29/08/19 HORA: 10:00



### HISTÓRICO

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: EVANIZIO SOARES Número do Atendimento:

Idade: Acompanhado por:

#### 2. QUEIXAS PRINCIPAIS

FEINTURA SILEVIOZA D

#### 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais:  Nega  Tabagismo  Etilismo  Cardiopatia  Diabetes  HAS  
 Epilepsia  Depressão  Câncer  Doenças pulmonares  Outras

### EXAME FÍSICO

#### 4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL:  Bom  Regular  Grave

#### 5. INTEGRIDADE DA PÉLE

Normocorado  Hipocorado  Aclanótico  Cianótico  Anóxico  Ictérico  Pele fria  Pele úmida  Reações Alérgicas  
 EDEMAS  Face  Pálpebra  MMISS  MMII  Añasarcá  ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

#### 6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:  Consciente  Inconsciente  Orientado  Desorientado  Típoroso  Sedado  
PUPILAS:  Normais  Isocônicas  Anisocônicas  Estrâbismo  Midriase  Miose  Fotorrreagente

#### 7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL:  Cooperativo  Choroso  Irritado  Sonolento  Ansioso  Agitado

#### 8. SINAIS VITais

Afebril  Febre T. AXILAR= \_\_\_\_ °C FR \_\_\_\_ IPM Sat O2= \_\_\_\_  Eupneico  Dispnéico  Traqueostomia  Entubado  
MURMÚRIOS VESICULARES:  Presentes  Ausentes  Difusos RUIDOS ADVÉNTICIOS:  Roncos  Sibilos  Crepitantes FC \_\_\_\_ bpm  
PA: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg PULSO:  Fisiométrico  Chálo  Rítmico  Ausente ACESSO VENOSO:  Periférico  Jugular  Subclávia

#### 9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA:  Vó  Aceita bem  Parcialmente  Não aceita ABDÔME:  Flácido  Tenso  Distendido  Globoso  Doloroso  Plano  
 Ascítico  Gravídico EVACUAÇÃO:  Normal  Constipação  Fístulas  Diarréia N.º evacuações \_\_\_\_ Aspecto:  Normal  Mucoso  
 Líquida  Melena  Odor fétido  Odor característico  EMA 12 Aspecto:  Hematêmase  Com resíduo alimentar

#### 10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE:  Presente Aspecto:  NORMA \_\_\_\_  Ausente  Espontânea  SVD  SVA  Cistostomia  Irrigação  Anúria  
 Disúria  Hematúria  Oligúria  Polaciúria

#### 11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE:  Ativa  Passiva MOVIMENTO CONSERVADO:  Sim  Não FORÇA MOTORA:  Sim  Não  PARESIA Local: \_\_\_\_\_



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Padrão respiratório prejudicado		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a _____ graus. <input type="checkbox"/> Aspirar VAS com técnica esséptica S/N <input type="checkbox"/> Comunicar alterações da freqüência respiratória <input type="checkbox"/> Outros:	
2. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Dor ( <input type="checkbox"/> ) Crônica      ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Aguda		<input type="checkbox"/> Anotar localização e as características da dor <input type="checkbox"/> Aplicar escala de dor ( 0 à 10 ) <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação <input type="checkbox"/> Outros:	
3. ( <input type="checkbox"/> ) Instabilidade de pressão arterial		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial à cada _____ <input type="checkbox"/> Manter decúbito no leito <input type="checkbox"/> Outros:	
4. ( <input type="checkbox"/> ) Edema Local:		<input type="checkbox"/> Descrever características do edema <input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção <input type="checkbox"/> Outros:	
5. Temperatura Corporal ( <input type="checkbox"/> ) Diminuída ( <input type="checkbox"/> ) Elevada		<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente com coberto, ou manta térmica em caso de hipotermia <input type="checkbox"/> Retira o coberto e avisar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia <input type="checkbox"/> Outros:	
6. Glicemia Prejudicada ( <input type="checkbox"/> ) Diminuída ( <input type="checkbox"/> ) Aumentada		<input type="checkbox"/> Aferir e registrar HGT de _____ <input type="checkbox"/> Outros:	
7. ( <input type="checkbox"/> ) Náuseas		<input type="checkbox"/> Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições	
8. ( <input type="checkbox"/> ) Vômitos		<input type="checkbox"/> Registrar e comuitar freqüência e características do vômito	
9. ( <input type="checkbox"/> ) Diarréia		<input type="checkbox"/> Registrar freqüência e aspecto da diarréia <input type="checkbox"/> Outros:	
10. ( <input type="checkbox"/> ) Integridade da pele prejudicada		<input type="checkbox"/> Registrar e comunicar alterações na integridade da pele <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima após eliminações	
11. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para lesão		<input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos secos e esticados <input type="checkbox"/> Diminuir pressão nas proeminentes ósseas <input type="checkbox"/> Outros:	
12. ( <input type="checkbox"/> ) Depressão		<input type="checkbox"/> Manter vigilância constante <input type="checkbox"/> Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente <input type="checkbox"/> Manter grades elevadas <input type="checkbox"/> Realizar contenção no leito SN <input type="checkbox"/> Outros:	
13. ( <input type="checkbox"/> ) Uso de álcool			
14. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para aspiração		<input type="checkbox"/> Manter decúbito a 45° <input type="checkbox"/> Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação <input type="checkbox"/> Outros:	
15. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para infecção		<input type="checkbox"/> Evitar manuseio excessivo do paciente <input type="checkbox"/> Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Outros:	
16. ( <input type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros:	

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
 FC- Freqüência Cardíaca  
 DUM- Data da última menstruação  
 VAS- Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores  
 VO- Via Oral  
 IG- Idade Gestacional

MMII- Membros Inferiores  
 SVD- Sonda vesical de demora  
 SNG- Sonda Nasogastrica

FR- Freqüência respiratória  
 SVA- Sonda vesical de alívio  
 SNE- Sonda Nasenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

AS 09/12/2020 12:00  
Assinatura

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO



## UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO



Atendimento: 1049528

Senha da Classificação:

Data e Hora: 22/08/2019 20:05

Especialidade:

0202

Paciente: 222191 IVANILDO BORGES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/04/1976 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS Nome do Pai:

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO CRM: 4569

Endereço: DA LUA -- 316 Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE Cep: 54735000 Usuário Atendimento: NELIAPSX

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 89437393

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Causa Principal

\_\_\_\_\_

Exame Físico

\_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstico

\_\_\_\_\_

Plataforma Terapêutica

\_\_\_\_\_

Prescrição Médica

\_\_\_\_\_

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

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

Carimbo/Médico:

Usuário Triagem:



1049528

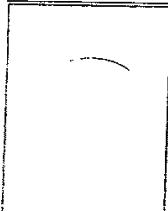


# UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/08/2019 20:01

	Nome Paciente: IVANILDO BORGES DOS SANTOS
Cód. Paciente:	222191
Data de Nascimento:	22/04/1976
Sexo:	Masculino
Idade:	43
Senha:	0202
Convênio:	-
Atendimento:	-
SAME:	132388

: 22/08/2019 20:03 - 22/08/2019 20:03

ERICA DE ARAUJO - COREN: 008417 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: RECLASSIFICACAO APOS 24 HORAS  
SALA AMARELA

Fluxograma sintoma: DOR CERVICAL / DORSAL / LOMBAR / EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)

Excluidor(es): - LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS/FUNÇÃO

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ERICA DE ARAUJO - COREN: 008417 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impres: 22/08/2019 20:03

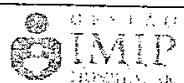
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





## UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO



Atendimento: 1048973

Data e Hora: 21/08/2019 09:55

Senha da Classificação:

0065

Especialidade:

Paciente: 222191 IVANILDO BORGES DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/04/1976 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS Nome do Pai:

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA CRM: 693

Endereço: DA LUA

316

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA

PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 89437393

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Síntese Principal

*mt + desprendida*

Exame Físico

*mt é infeccioso e os  
músculos do abdômen des  
tendem*

Hipótese Diagnóstico

*Fratura de clavícula direita*

Intervenção Terapêutica

*mt curativo.*

Prescrição Médica

*mt da Silva  
mobilização  
m. 8/8/2020*

*Assinatura:   
Tec. Enfermeiro:   
COREN 690632*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha: 543539

Carimbo/Médico:

Usuário Triagem:



*UPA - SÃO LOURENÇO  
CONFIRMADO  
Nº DO PEDIDO  
ASS.*



Juliana G. C.  
Téc. Enf.  
CRÉDIT: 926.353

Referir ao informe

Entendido. Atenciosamente  
Juliana G. C. Téc. Enf.

Correio: 20121714022276600000071268596

Juliana G. C.  
Téc. Enf.  
CRÉDIT: 926.353



# PA-24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco: Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/08/2019 09:41

	<b>Nome Paciente:</b> IVANILDO BORGES DOS SANTOS <b>Cód. Paciente:</b> <b>Data de Nascimento:</b> 22/04/1976 <b>Sexo:</b> Masculino <b>Idade:</b> 43 <b>Senha:</b> 0065 <b>Convênio:</b> <b>Atendimento:</b> <b>SAME:</b>
: 21/08/2019 09:52 - 21/08/2019 09:53 <b>MARIA JULIANA COSTA DA SILVA ABERT - COREN: 320720 - : ENFERMEIRO(A) -</b>	
<b>Prioridade:</b> NÃO URGENTE - VERDE	
<b>Cor:</b>  VERDE	
<b>Queixa Principal:</b> RELATA DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA DE MOTO ONTEM	
<b>Observação:</b> ALERGIA - HAS - DM -	
<b>Fluxograma sintoma:</b> TRAUMA	
<b>Examinador(es):</b> - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H	
<b>Especialidade:</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
<b>Sinais Vitais Lidos:</b> - FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 145.00 MMHG - P.A. DISTOLICA: 91.00 MMHG	

Acolhido(a) por: MARIA JULIANA COSTA DA SILVA ABERT - COREN: 320720 - : ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 21/08/2019 09:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 22



H.O.F

Transferido para:	<input type="checkbox"/>	ALÉRGIA
Senha:	<input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Não
Renovada dia:		

SETOR: Amarela	PACIENTE: <i>Ismael Jony</i>	REG: <i>153123</i>
LEITO:		DATA: <i>22/12/19</i>

ITENI	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
Dieta	Dieta	
Hidratação	<i>lata</i>	
ATB		
DD: / / 16		
Sintomáticos	Diprofona 500 mg/ml - 01 AMP + AD EV 6/6h se dor ou $T > 37,8^\circ$ Undasetrona 8 mg 1 AMP + AD EV de 8/8h se náuseas e/ou vômitos Omeprazol 40 mg - 1 AMP + AD EV 24/24h ACM Atensina 0,100 mg - 61 comprimido, via oral se PAS $>=$ 120 mm Hg e/ou PAD $>=$ 110	<i>5/0</i>
Glicemias	Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150: 0 UI      251-300: 5 UI 151-200: 2 UI      301-350: 8 UI 201-250: 4 UI      351-400: 10 UI $> 400$ : 12 UI (avistar plantonista) Glicose 50 % - 3 AMP EV se HGT $<=$ 70	
Sintomas	Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Venturi ____ % <input type="checkbox"/> Catéter nasal O <sub>2</sub> ____ litros/min <input type="checkbox"/> NÃO	
Diurese	NBZ Berotec ____ gotas + Atrovent ____ gotas + SF 0,9% ____ ml 20/20' ____ x ____ / ____ h Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Cuidados Gerais	Hidrocortisona ____ mg 1 AMP + AD EV ____ / ____ h Sonda Vesical de Demora e medida da diurese? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SSVV + CCSE HGT de ____ / ____ h e PA de ____ / ____ h	
Outras Medicações		

*Paulo Roberto Barreto Lins*  
CRM: 4833

*Ortopedia e Traumatologia*

*Dr. Ana Elisabete*  
*CRM: 4834*

*11/12/2019*  
SC: N-25521.275 TE





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: JANUARIO BORGES Registro: \_\_\_\_\_

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

Responsável: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_;

Data/Hora	AS 10:10 PACIENTE ENCONTRADO EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEIRA, NORMOCORPO, AUFENHO, HUMIDIFICADO, NOB. VOTERADO, HIDRATADO, COM NIVEL DE HIGIENE PESSOALIZADO, NÉGLIGE, S. ENEZ BOVAP DANDO VAGA S. NO TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL CRÂNIO DE FREITAS
22-08	
23/08	Paciente encontra em EGR, consciente, orientado, humorado em seu ambiente, respira com regularidade, sacionando grande hidratação, voluntário, humorado, indutor de humoros: ANA-H35, clínico, sem sintomas psicóticos, TTO, risos de estranheza, Dz, s. que nem sintomatologia, vacinado, de transferência para HCF.









CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Vanilda Borges dos Santos Registro:

Enfermaria: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Hora Admissão: _____	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOTURNO	DATA: <u>23/08/2019</u>
Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo	
Dieta	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Dieta Zero	
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVD/SVA	Aspecto: _____
Observações:	_____	
_____	_____	
_____	_____	

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.		Ass. Tec. Enfermagem
12:42x29	—	79	—	98	—	—	—	—
12:45x99	—	70	—	97	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—

Técnico de Enfermagem: Vanilda Borges dos Santos

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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

Enfermaria: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Hora Admissão: _____	Plantão: <input type="checkbox"/> DIURNO <input checked="" type="checkbox"/> NOTURNO	DATA: <u>—/—/—</u>
Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo	
Dieta	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Dieta Zero	
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVD/SVA	Aspecto: _____
Observações:	_____	
_____	_____	
_____	_____	

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.		Ass. Tec. Enfermagem
12:45x15	—	72	—	97	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—

Técnico de Enfermagem: Vanilda Borges dos Santos

INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 22/08/2019 Hora: 11:15 Atendimento nº 1068943

Nome Social: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Nome Civil: Guamálio Berger da Santos

Possui alguma deficiência? ( ) Sim (x) Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Apelido: \_\_\_\_\_ Possui documentação? (x) Sim ( ) Não Idade: 43

Endereço: R. da Ira, 316 - Alto das Lemos - Paudalho

Ponto de Referência: clínica Bonarida

Nome do acompanhante: Son acompanhante

Vínculo com o Usuário: \_\_\_\_\_ Tel.: (81) 8401-1298

Vive sozinho ( ) Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x) Luciana  
(esposa)

Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ( )

Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ( )

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? ( ) Sim (x) Não

Qual? \_\_\_\_\_

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	(x)	
Orientações – Direitos Sociais	(x)	Seguro DPVAT
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	( )	
Encaminhamento à Rede de Saúde	( )	
Atendimento à Violência	( )	
Articulação Externa/Família	( )	
Articulação Externa/Rede	( )	

Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)

Residência só com a esposa e 3 filhos em casa

trabalha como mototaxi. Realiza orientações  
para orientação de saúde da comunidade.

Guamálio Berger

UPA - SÃO LOURENÇO DA MATA  
Dr. (c) Alberto de Rógo  
Assistente Social  
CRAS nº 3651 - 4ª Região / PB



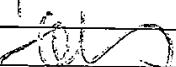
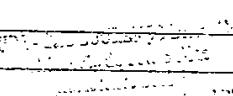
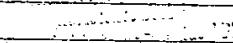


**UPA PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA  
SÃO LOURENÇO DA MATA  
SERVIÇO SOCIAL**



## Assistente Social

## EVOLUÇÃO SOCIAL

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
23.03.14 14h	Paciente segue com atendimento agendado para: Cirurgia: 16/03 - Mamoplastia Mastectomia, oncoplastia. Referido: oftalmologista oftalmologista
	  





**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
SÃO LOURENÇO



### GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO.

NOME: Antônio dos Santos IDADE: 43 anos

REGISTRO: 118423 DATA: 1/1/

HDA: referência

EX. FÍSICO: Normal

EX. COMPLEMENTARES: Não

#### HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

- Infarto agudo de miocárdio
- 
- 

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Exame de referência

SENHA: 543559 DESTINO: Hospital

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM(  ) NÃO(  )

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:  MÉDICO SOLICITANTE:

HORA DA SAÍDA:  MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:





HOSPITAL  
MEMORIAL JABOATÃO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	CÓDIGO	REVISÃO
GESTÃO DE PESSOAS	F.AT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Ivanildo Borges dos Santos

REGISTRO: 773912 DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1976

RG: 5427861 ORGÃO EMISSOR: SSP / PE

ENDEREÇO: Rua: da Lua Bairro Dois  
Irmãos Paudalho

NOME DA MÃE: Maria Luciz Barbosa dos Santos

DATA ADMISSÃO: 27/08/2019 DATA ALTA: 31/08/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 30/08/2019 CID: 542.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavícula  
Direito — 11 — 11 —

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico  
de Fratura da Clavícula Direita

— 11 — 11 —  
— 2 — — 2 —

MÉDICO: \_\_\_\_\_

CREMEPE: \_\_\_\_\_

JABOATÃO DOS GUARAPES, 12 DE Novembro DE 2019.

*Leonardo Costa*  
*Manoel*  
*CRM 23550*

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro  
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000  
• (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 32

Nome do paciente:	Wenildo Borges dos Santos		
Clínica:	Ortopédico	Enfermaria:	15
Nº prontuário:	238120	Nº AIH:	04
Diagnóstico inicial (constante no laudo médico):	Fratura clavícula D		
Procedimento realizado:	Osteosíntese. Fract. clavícula D		
Tempo de permanência previsto:	02 dias		
Procedimento realizado:	Osteosíntese		
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	Wes Jorge Augusto	
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesistas	W. Mirelle Tavares	
07	Clínico		
08	Clínico		
Procedimentos especiais			
<input type="checkbox"/> Mudança de procedimento <input type="checkbox"/> Diária de uti <input type="checkbox"/> Diária de acompanhante <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Uso de prótese órtese <input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação <input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral <input type="checkbox"/>	
Resumo de caso			
<b>PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.</b>			
Diagnóstico principal:	Fratura clavícula D		
Diagnóstico secundário:			
Motivo da alta:	melhor		
Internação:	12/08/19	Alta:	31/08/19
Dias da hospitalização:			

*José Genes Sales Cavalcanti*  
 Ginecologia e Obstetrícia  
 Médico do Trabalho  
 CRM 4690, CRM: 076.632.934-87





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Enj. 15-4  
Salas: 6132-85  
ORTOPEDIA

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>	
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS		426	
<b>Identificação do Paciente</b>		<b>6- Nº DO PRONTUÁRIO</b>	
5- NOME DO PACIENTE	I1- NOME DA MAE DO PACIENTE	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO
IVANILDO BORGES DOS SANTOS	MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS	1093882	898003724195275 22/04/1976
9- SEXO	12- TELEFONE DE CONTATO		
MASCULINO	81. 89437393   Celular: 81.		
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
<b>15- ENDEREÇO DO PACIENTE</b>			
RUA ABEL JOSE DOS SANTOS , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: SAO LOURENCO DA MATA - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx da 1/3 medio de clavícula d apos acidente motociclistico

ONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

curtamento > 2 cm de clavícula

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

rx + ex fisico

<b>20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL</b>	<b>21- CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
FRATURA DA CLAVÍCULA - S420		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLINICA 27- CARATER DA INTERNACAO

29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)  
ULYSES MACEDO BARBOSA - CRM: N.º.CRM26541

04953670361

31- DATA DA SOLICITAÇÃO  
24/08/2019

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>					
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE		
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR		
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
<b>42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b>					
<input checked="" type="radio"/> EMPREGADO	<input checked="" type="radio"/> EMPREGADOR	<input type="radio"/> AUTÔNOMO	<input type="radio"/> DESEMPREGADO	<input type="radio"/> APOSENTADO	<input type="radio"/> NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

<b>43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>	<b>33 - CARMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE</b>	<b>48 - CARMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR</b>
44 - COD. ORGÃO EMISSOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 24/08/19	<i>José Genes Sales Cavalcanti Ginecologia e Obstetrícia Médico do Trabalho CRM 4620 - CPF: 076.632.531-87</i>
46 N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

Ulysses Sales  
Barbosa  
CRM-PE-26541



TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

AV. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

CONDIÇÕES DE ALTA:	DATA:	31/08/19
ACEIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664		
HORA DE SAÍDA:		
ACEIO ALVES		
DR. T. 33664		
ACEIO ALVES		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:		
I-FRATURA DE CLAVICULA		
HIPOTÉSE DIAGNÓSTICA:		
NDN		
OUTROS:		
NDN		
AP - GÊNITO - UTRÍNARIO:		
ANO, INDEOLOR		
ABDOMEN:		
MV+ AHT SEM RA		
AP - RESPIRAÇÃO:		
RCR 2T BNF S/S		
AP - CARDIO - VASCULAR:		
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNÉICO		
EXAME FÍSICO GERAL:		
NDN		
ANTECEDENTES FAMILIAIS E HERDITÁRIOS:		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 8 DIAS REFERE DOR EM CLAVICULA DIREITA		
STORIA DA DOENÇA ATUAL:		
RESUMO DE INTERNAÇÃO		
Medico: ACEIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664 CID: 5420		
Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Endereço: ENF 15 - LETTO 04		
Observação: ESTRADAS DE ALDEIA, VILA CHA DE CRUZ, CEP: 55825000, Nº 12, PAUDALHO - PE		
Nome da Mge: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS Nome do Pai:		
Conjuge: CPF: 5427861 Telefone: 5427861		
Cartão SUS: 898003724195275		
Idade: 43 Anos, 4 Meses e 5 Dias Profissão: Escaladade:		
Nome: IVANILDO BORGES DOS SANTOS Data de Hora do Atendimento: 27/08/19 11:32:55		
Responsável: Pronome: 773912 Sexo: Masculino		
Convênio: SUS - INTERNACAO		
Adendamento: 238170 Nascimento: 22/04/1976		

MEMORIAL JABOTI  
HOSPITAL

## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

Prontuário: 773912

Atendimento: 238170

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 43 Anos, 4 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

Data: 30/08/2019

01. Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

02. 1. Auxílio Cirúrgico: MARCO ANTONIO NOGUEIRA LIMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: BLOCQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SO ANESTESIA

ROTTINA ASSEPTICA

INCISAO SOB TOPOGRAFIA DA FRATURA

MANOBRA DE REDUCAO

APOSICAO DWE FIO K

CONFIRMADO REDUCAO COM ESCOPIA

FECHAMENTO POR PLANOS

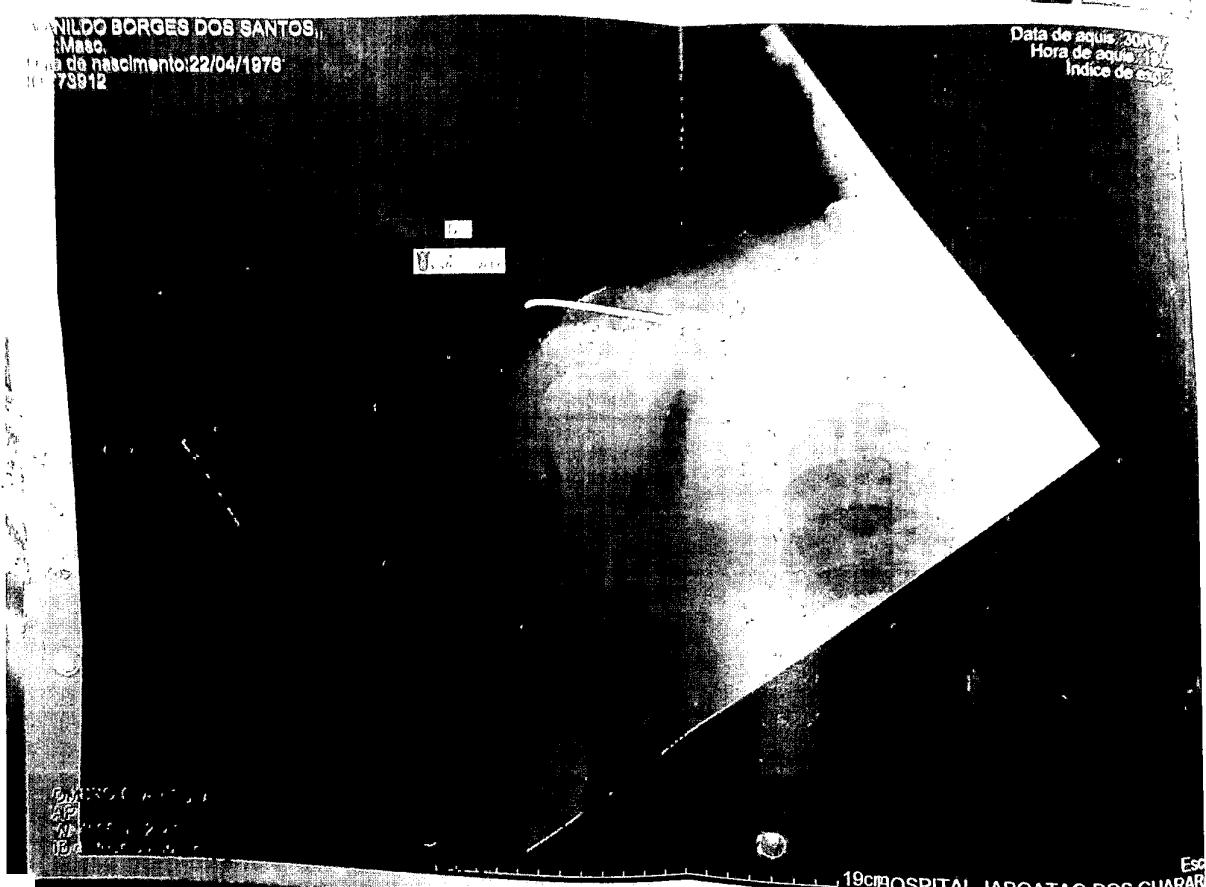
CURATIVO

JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

CRM: 20770

Dr. Jorge Augusto  
CRM 20770  
Spediatra Traumatologista  
CRM 20770 - PE







## LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO (AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

**PACIENTE:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

**CID-10:** S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

**DATA DE INTERNAMENTO:** 27/08/2019

**DATA DA CIRÚRGIA:** 30/08/2019

**DATA DE ALTA:** 31/08/2019

**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 06/09/2019 **HORÁRIO:** 07:00

**MEDICO ASSISTENTE:** DR. JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 31 DE AGOSTO DE 2019

**MEDICO:** JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

Dr. João Paulo Romeiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRMPE 22622

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-005

TELEFONE: 3482-9888 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 38

TERRITÓRIO NACIONAL  
167967009

EVANILDO BORGES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE/CPF, RG/SC/CF  
5427861-000-00

CPF: 027-062-064-50 DATA NASCIMENTO: 23/04/1976  
- RUA/CEP: JOSE BORGES DOS SANTOS  
MARIA LUCIA BARREOSA DOS SANTOS

Nº REGISTRO: 02844346660 DATA EMISSÃO: 23/07/2018  
VALIDADE: 11/07/2023

PERMISSÃO: CAV. HAB. AD

OBSERVAÇÕES: TAN

DATA EMISSÃO: 23/07/2018  
LOCAL: CAPITIA DE PE

Assinatura: Anderson Souza Góes  
Assinante: Presidente

48315560566  
PER006526284

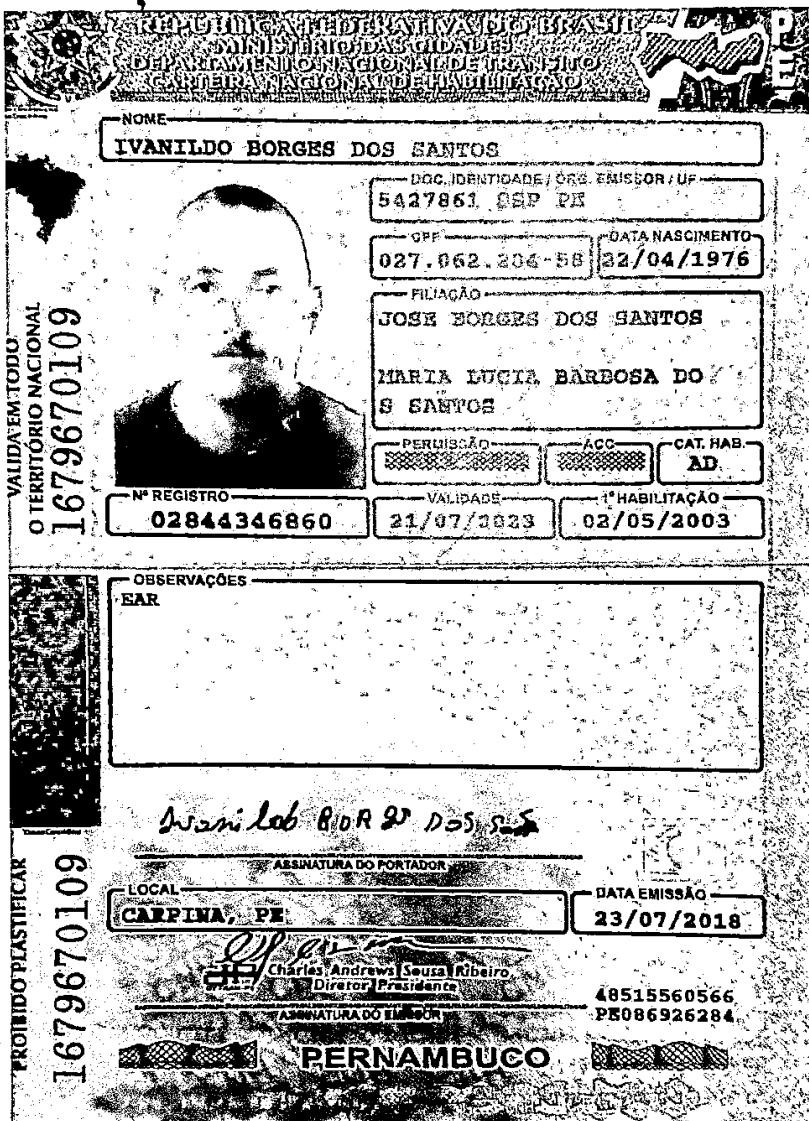
PERNAMBUCO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 39

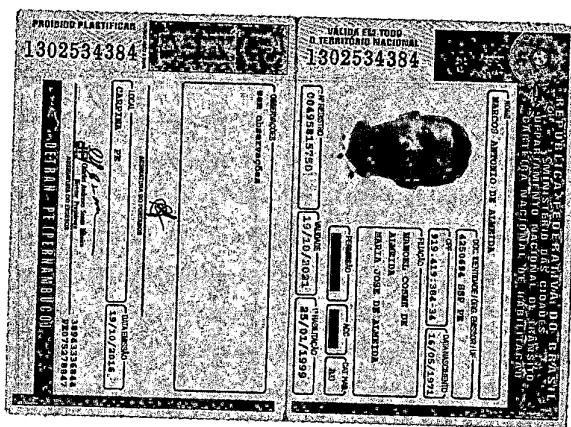


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 40



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 41

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - PE** N° 014486571947  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

1978年1月1日 中国科学院植物研究所

FAUDAL, 1870-1871

ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS	/HONDA CG 150	gasolina	gasolina
MARCA · MODELO		ANO FAB	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ABS		2008	2011
CAP / POT. CIL		CATEGORIA	
2P/149CL		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		CINZA	

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	<b>IPVA 2019 QUITADO</b>		1º
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º
	1		3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

**SEM RESERVA** OBSERVAÇÕES

DATA 12/01/19

Scanned by CamScanner



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407599/19

Vítima: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

CPF: 027.062.284-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: IVANILDO BORGES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

**MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34**

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

**IVANILDO BORGES DOS SANTOS : 027.062.284-58**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

ARUANA SEGURADORA  
26 NOV 2019

### 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 à 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: 20/11/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

ABENILDA MARIA BARBOSA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780      **Cidade:** Paudalho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/08/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** fratura de clavícula direita

**Descrição do exame** vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, deficit de força de  
**físico:** grau medio, presença de cicatriz cirúrgica

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico com fixação de fios de K, evoluiu sem complicações..  
Alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647780      **Cidade:** Paudalho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/08/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
  - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
  - EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** IVANILDO Borges dos Santos, Brasileiro (a), portador(a) do RG nº 5427861, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob nº 02710621284-58 Residente na Rua TV DOIS IRMAOS, nº 12, Bairro ALTO DOS IRMAOS Município de PAUDALHO -PE,

**OUTORGADO:** MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG: 4.250694 SSP/PE, Inscrito no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera, Primavera, Paudalho-PE

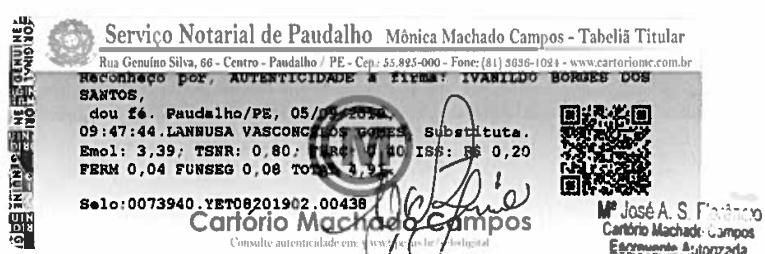
**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na cobertura: INV111028, Vítima de acidente de trânsito no dia 20/08/2019, Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias ,pegar cópia de BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

 . 05/08/2019

*Reconheço  
Cássia Machado Campos*

Ivanildo Borges dos Santos

**OUTORGANTE**



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407599/19

**Vítima:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS

**CPF:** 027.062.284-58

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/08/2019

**Titular do CPF:** IVANILDO BORGES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

#### IVANILDO BORGES DOS SANTOS : 027.062.284-58

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: 20/11/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

ABENILDA MARIA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 14:02:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714022276600000071268596>  
Número do documento: 20121714022276600000071268596

Num. 72698496 - Pág. 47

**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: **3190647780**

Nome do(a) Examinado(a): **IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **TV DOIS IRMAOS, 12 - Paudalho - PE - CEP 55825-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **5427561**

Data e local do acidente: [ **20/08/2019** ] **Paudalho, PE**

Data e local do exame: [ **03/12/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*fratura de clavícula direita*

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

*vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, déficit de força de grau medio, presença de cicatriz cirúrgica*

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

[  ] Sim [  ] Não

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

*tratamento cirúrgico com fixação de fios de K, evoluiu sem complicações.. Alta médica*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

*Limitação funcional do ombro 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Ombro direito**

% 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

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

