



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               |
| 72698496   | 17/12/2020 14:02   | <a href="#">ANEXO 1</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 físico:** vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, déficit de força de grau médio, 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          |
| Total   |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



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





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, 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,

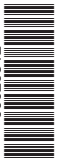
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15134068

Pag. 00683/00684 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020342





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





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, 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](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: 027.062.284-58 4 - Nome completo da vítima: IVAMILDO BOMGES 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: IVAMILDO BOMGES DOS SANTOS 6 - CPF: 027.062.284-58  
7 - Profissão: NAO POSSUI 8 - Endereço: TV DOIS IRMAOS 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ATO DOIS IRMAOS 12 - Cidade: SAUDALHO 13 - Estado: XG 14 - CEP: 55825-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 51-99253-2981

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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 4739 CONTA: 4589 5  
(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

☒ 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:  
• 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.  
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: ☐ 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 (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

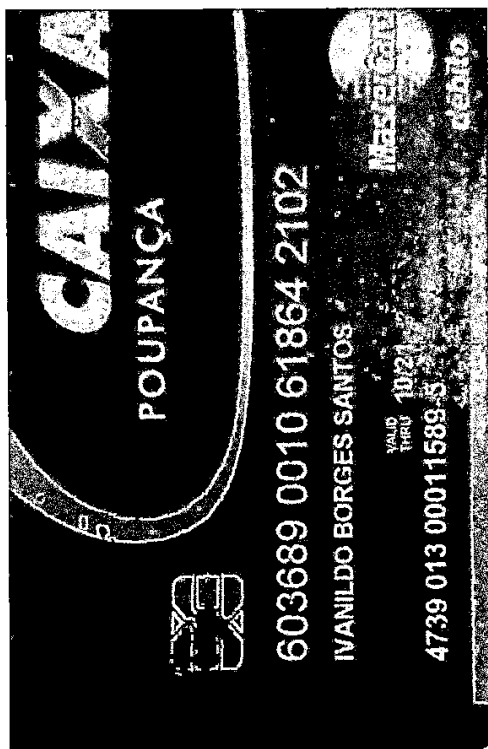
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SAUDALHO 19/11/2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



Scanned by CamScanner

Conta Poupança  
Operações 013

Nº: 4739  
Operações: 013  
Conta: 11589-5

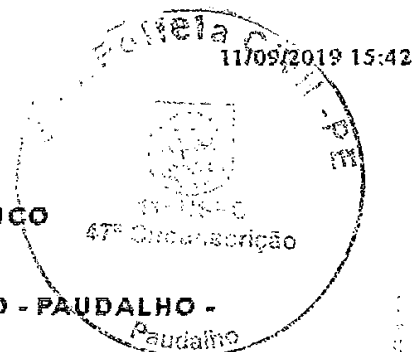




2 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -  
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0137001909**

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 15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, RODOVIA BR-402**  
- Bairro: **CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de  
Referência: **ENTRADA DA ESTRADA DE CHÃ DE ALEGRIA**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

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

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO:** (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:**  
**5427891/SSP/PE (RG), 92799228458 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª.**  
**GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:**  
**- 988427393**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 316, RUA DA LUA - ALTO DOIS IRMÃOS -**  
**CEP: 55909-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

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



082

11/09/2019 17:38

Boletim de Ocorrência

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

Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KGP7221 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 193413552 Chassi: SC2KC155CAR045999  
Ano Fabricação/Modelo: 2005/2010 Combustível: GASOLINA

### Complemento / Observação

RELATA IVANILDO BORGES DOS SANTOS QUE NO DIA 29.08.2019 POR VOLTA DAS 15:00 HORAS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA KGP-7221 NA RODOVIA BR-408, QUANDO UM CACHORRO APARECEU NA FRENTE E NÃO CONSIGUINDO PARAR ACABOU ATROPELANDO 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: 319717-4



# 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: 027.062.284-58 4 - Nome completo da vítima: IVAMILDO BOMGES 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: IVAMILDO BOMGES DOS SANTOS 6 - CPF: 027.062.284-58  
7 - Profissão: NAO POSSUI 8 - Endereço: RUA DOIS IRMAOS 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ALTO DOIS IRMAOS 12 - Cidade: SAUDALHO 13 - Estado: MG 14 - CEP: 35825-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 51-99253-2981

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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 4739 CONTA: 4589 5  
(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

☒ 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:  
• 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.  
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: ☐ 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 (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SAUDALHO 19/11/2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

# 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



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

PALETO DAS VARELHAS E SRA DAS GARRAS  
RUA SENADOR PIMENTA 180 BANCOS 254  
CENTRO - PIAUI - 64000-000

comprovante dependa de alguns  
cuidados: archive-o em local seco,  
produtos com plástico.

VALOR (R\$) 6,72  
QUANTIDADE 30.000.000  
PREÇO UNIT 0,18071666

DATA DE EMISSÃO 04/2019  
DATA DE VENCIMENTO 24/04/2019  
VALOR 47,29

ALTO DOIS IRMAOS/PAUDALHO  
PAUDALHO PE  
55825-000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA DOS IRMAOS 12

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA  
Tarifa Social de Energia Elétrica: Cida pela Lei 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA ENERGIA DE PERNAMBUCO  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CPF 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005941-93 | www.celpa.com.br

CELPE

PAROIS DE SANTOS DA SILVA  
CPF 085.743.544-22 NIS. 16391965618

BAIXA RENDIA COM NIS  
RESIDENCIAL  
CLICA  
16/04/2019  
200398688  
5881838

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
Consumo Ativo superior a 220 kWh  
Multa por atraso: NF 050821105 - 15/02/18  
Multa por atraso: NF 050821105 - 15/02/18  
Luros por atraso: NF 050821105 - 15/02/18



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

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



**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**

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.418.384-34 NIS: 12523181675

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

LO PRIMAVERA 5 -PR -  
PRIMAVERA/PAUDALHO  
55825-000 PAUDALHO 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**

**24/09/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

**52,77**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
17/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO  
17/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
077739127

CONTA CONTRATO  
007026223177

Nº DO CLIENTE  
2015924566

Nº DA INSTALAÇÃO  
0006468346

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico**

**RESERVADO AO FISCO**

**A744.1899.5CF3.4049.11C5.4EBA.7738.6753**

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|--|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,00      | 0,19198125 | 5,75         |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,00      | 0,32911071 | 23,03        |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 16,00      | 0,48365607 | 7,89         |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA              |            |            | 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 | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00            |   | 0,00             | 39,46           | 0,81 | 0,31             | 39,46           | 3,72 | 1,46             |

| Tarifas Aplicadas                        |            | HISTÓRICO DO CONSUMO |     |
|--|------------|----------------------|-----|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 0,18328450 | SET 19               | 116 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 0,31429280 | AGO 19               | 118 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,47130300 | JUL 18               | 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 |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

| Descrição            | R\$          | %          |
|----------------------|--------------|------------|
| Geração de Energia   | 19,19        | 48,63      |
| Transmissão          | 1,93         | 4,89       |
| Distribuição (Celpe) | 11,73        | 29,73      |
| Encargos Setoriais   | 1,15         | 2,91       |
| Tributos             | 1,77         | 4,49       |
| Perdas de Energia    | 3,69         | 9,35       |
| <b>TOTAL</b>         | <b>39,46</b> | <b>100</b> |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|--------|-------------|
|                   |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |         |           |        |             |
| 00000003170294725 | CAT            | 19/08/2019 | 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 MENSAL | META TRIM. | META ANUAL          |
|--|----------|---------------|-------------|------------|---------------------|
| jul/2019   |          |               |             |            |                     |
| 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\$ 18,23   |          |               |             |            |                     |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |          |               |             |            |                     |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! lanchonete almeida: av costa e silva centro / polimark comunicação  
assessor: r genuino silva 46 centroLista completa em www.celpe.com.br.  
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, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 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.

**NÍVEL DE TENSÃO**

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

**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.<br>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 Ouidoria: 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

Samir do Borges dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº

027.062.284

58

do sinistro de DPVAT cobertura

imobilidade

da Vítima

Samir do Borges dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº

027.062.284, 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              |
| E-mail: MARCOSFEITOSA25@HOTMAIL.COM | CEP: 55825-000   | Tel. (DDD) 8199534-7625 |

Local e Data:

Pernambuco 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 Nascimento: 22/04/1976 CEP: 55825000 Bairro: ALTO DOIS IRMÃOS  
Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS Doc nº: 5427861 Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: PARDO  
Pai: Acom.: Sexo: MASCULINO  
Prof.: Telefone: 81 989337793 Município: PAUDALHO

Encaminhamento: CLÍNICA MÉDICA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO DOR FORTE EM OMBRO D NEGA VÔMITO E DESMAIO (ESTAVA COM CAPACETE)

Procedência: Via pública

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor: Grave

Pré-consulta: Urgência

Intolerância/Alerg.: NEGA

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:

Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

16/07/2018 15:18 00001211 REFERE DOR DE DENTE DESDE ONTEM.

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Exames complementares

Impressão diagnóstica

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

- ☐ Curativo  
☐ Nebulização  
☐ Adm. de medicamento  
☐ Retirada de ponto

Técnico / Coren

Rosenilda Lima de Santana  
COREN-PE 000.755.371-TE

Atendimento Médico

- ☐ Urgência  
☐ 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: 23/08/19 HORA: 10:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: EVANILDO SOARES

Número do Atendimento:

Idade: Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

FRATURA CLAVICULAR D

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: NENHUMA ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) HAS  
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonares ( ) Outras

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom (X) Regular ( ) Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(X) Normocrado ( ) Hipocrado (X) Aclanótico ( ) Cianótico ( ) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas  
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarca  
( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado  
PUPILAS: (X) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo ( ) Choro ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= °C FR IPM Sat O2= (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Entubado  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitações FC bpm  
PA: X mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Chale ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: (X) Periférico ( ) Jugular ( ) Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (X) VO ( ) Aceita bem ( ) Parcialmente ( ) Não aceita ABDOME: ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Plano  
( ) Ascítico ( ) Gravidico EVACUAÇÃO: (X) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso  
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor característico ( ) EMATICO Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

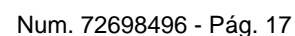
DIURESE: (X) Presente Aspecto: NORMAL ( ) Ausente (X) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria  
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (X) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: (X) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: (X) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local:



|  |   |
|--|---|
| <p>Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO</p> <p>15/08/2023 - 18:00</p> <p>15/08/2023 - 18:00</p> | <p>Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO</p> |
|--|---|





UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO



Atendimento: 1049528

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

Especialidade:

Senha da Classificação:

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: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

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

Carimbo/Médico:

Usuário Triagem:



1049528

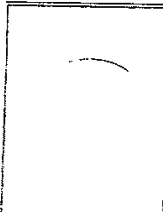


## UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

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)

Discriminador(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

Senha da Classificação:

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

Especialidade:

0065

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

non + deformidade

Exame Físico

non é necessário e os  
movimentos de ombro livres

Hipótese Diagnóstico

fratura da clavícula direita

Tela Terapêutica

fixação provisória

Prescrição Médica

Ass. Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Rég. de Especialização  
Médico: 6976

Trata com  
analgésicos e  
V.O. 313 horas

Ass. Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Téc. Enfermagem  
COREN 680632

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: *YCP*

Senha: 5453589

Carimbo/Médico:

*Ass. Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Rég. de Especialização  
Médico: 6976*

Usuário Triagem:



UPA - SÃO LOURENÇO  
CONFERIDO  
Nº DO PEDIDO  
ASS. *[Assinatura]*



Juliana G. 10/10/19  
Téc. Emis.  
CORREN: 628.353

10/10/19

Refer to: 10/10/19

Expediente 10/10/19 - 10/10/19  
Expediente 10/10/19 - 10/10/19

Martina V. 10/10/19  
10/10/19  
10/10/19



## 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco: Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

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



Nome Paciente: IVANILDO BORGES DOS SANTOS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/04/1976  
Sexo: Masculino  
Idade: 43  
Senha: 0065  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

: 21/08/2019 09:52 - 21/08/2019 09:53

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

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: RELATA DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA DE MOTO ONTEM

Observação: ALERGIA -  
HAS - DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - 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



Transferido para: \_\_\_\_\_  
 Senha: \_\_\_\_\_  
 Renovada dia: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE PESQUISA ACADÊMICA



**H.O.F.**

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Transferido para: | ALERGIA  |
| Senha:            | ( ) Sim: |
| Renovada dia:     | ( ) NÃO  |

|                |                               |                       |
|----------------|-------------------------------|-----------------------|
| SETOR: Amarela | PACIENTE: <i>Isaular gary</i> | REG: <i>10-03-20</i>  |
| LEITO:         |                               | DATA: <i>02/12/20</i> |

| ITEM             | PRESCRIÇÃO   | HORÁRIO    |
|------------------|--|------------|
| Dietas           | Dietas <i>líquida</i>  |            |
| Hidratação       |  |            |
| ATB              |  |            |
| DO: / /15        |  |            |
| Sintomáticos     | Dipirona 500 mg/ml - 01 AMP + AD EV 6/6h se dor ou T > 37,8°<br>Ondasetrona 8 mg 1 AMP + AD EV de 8/8h se náuseas ou vômitos<br>Omeprazol 40 mg - 1 AMP + AD EV 24/24h ACM<br>Atenolol 50 mg - 01 comprimido, via oral se PAS >= 170 mm Hg e/ou PAD >= 110         | <i>S/O</i> |
| Glicemia         | Insulina Regular conforme HGT SC:<br>70-150: 0 UI      251-300: 5 UI<br>151-200: 2 UI      301-350: 8 UI<br>201-250: 4 UI      351-400: 10 UI<br>> 400: 12 UI (avisar plantonista)<br>Glicose 50% - 5 AMP EV se HGT <= 70  |            |
| Vias Aéreas      | Oxigenioterapia: ( ) Sim: ( ) Venturi ____ %<br>( ) Catéter nasal O2 ____ litros/min<br>( ) NÃO<br>NBZ Berotec ____ gotas + Atrovent ____ gotas + SF 0,9% ____ ml 20/20' x ____ / ____ h<br>Sim ( ) Não ( )<br>Hidro cortisona ____ mg 1 AMP + AD EV ____ / ____ h |            |
| Diurese          | Sonda Vesical de Demora e medida da diurese?<br>Sim ( ) Não ( )  |            |
| Exames Gerais    | SSV + CCEG<br>HGT de ____ h e PADe ____ / ____ h   |            |
| Outras Medicções |  |            |

*Paulo Roberto Barreto Lins*  
CRM: 4833  
Ortopedia e Traumatologia

*CC. N-PE 531.278 TE*

*Ana Elisabete*  
CRM: 4833









UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
8  
IMIP  
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Sionilda Borges das Pontes Registro: —

Enfermaria: Onco-1 Leito: 73

Hora Admissão: — Plantão: ☒ DIURNO ☐ NOTURNO DATA: 22/08/2020

|                     |  |                                    |  |
|---------------------|--|------------------------------------|--|
| 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: <u>—</u>                                    |
| Curativos           | <input type="checkbox"/> Sim                             | <input type="checkbox"/> Não       | Local: <u>—</u>                                    |
| Drenos              | <input type="checkbox"/> Sim                             | <input type="checkbox"/> Não       | Local: <u>—</u>                                    |
| Evacuações          | <input type="checkbox"/> Presente                        | <input type="checkbox"/> Ausente   | Aspecto: <u>—</u>                                  |
| Diurese             | <input type="checkbox"/> Presente                        | <input type="checkbox"/> Ausente   | <input type="checkbox"/> SVD/SVA Aspecto: <u>—</u> |

Observações: —

SINAIS VITAIS

| HORA  | PA (mmHg) | FR (rpm) | FC (bpm) | SAT. O2 (%) | HGT (ml/dl) | Temp. | Ass. Tec. Enfermagem |
|-------|-----------|----------|----------|-------------|-------------|-------|----------------------|
| 08:00 | 130 x 80  | —        | 88       | —           | 82          | —     | Emanuella            |
| 12:00 | 130 x 80  | —        | 78       | —           | 82          | —     | Emanuella            |

Técnico de Enfermagem: Emanuella + Sionilda

Emanuella Fernandes Vieira  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 998.227

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Sionilda Borges das Pontes Registro: —

Enfermaria: — Leito: —

Hora Admissão: — Plantão: ☐ DIURNO ☒ NOTURNO DATA: 22/08/2020

|                     |  |                                    |  |
|---------------------|--|------------------------------------|--|
| 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: <u>—</u>                                    |
| Curativos           | <input type="checkbox"/> Sim                             | <input type="checkbox"/> Não       | Local: <u>—</u>                                    |
| Drenos              | <input type="checkbox"/> Sim                             | <input type="checkbox"/> Não       | Local: <u>—</u>                                    |
| Evacuações          | <input type="checkbox"/> Presente                        | <input type="checkbox"/> Ausente   | Aspecto: <u>—</u>                                  |
| Diurese             | <input type="checkbox"/> Presente                        | <input type="checkbox"/> Ausente   | <input type="checkbox"/> SVD/SVA Aspecto: <u>—</u> |

Observações: —

SINAIS VITAIS

| HORA  | PA (mmHg) | FR (rpm) | FC (bpm) | SAT. O2 (%) | HGT (ml/dl) | Temp. | Ass. Tec. Enfermagem |
|-------|-----------|----------|----------|-------------|-------------|-------|----------------------|
| 13:00 | 130 x 80  | —        | 88       | —           | 82          | —     | —                    |
| 17:00 | 130 x 80  | —        | 80       | —           | 82          | —     | —                    |

Técnico de Enfermagem: Ana Elisabete

Ana Elisabete  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 931.2761E





**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMP**  
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Amândio Borges dos Santos Registro: \_\_\_\_\_

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

Hora Admissão: \_\_\_\_\_ Plantão: ☒ DIURNO ( ) NOTURNO DATA: 23/08/2019

Estado Geral ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo  
Dieta ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
Acesso Venoso ( ) Periférico ( ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ( ) Presente ( ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ( ) Presente ( ) Ausente ( ) SVD/SVA Aspecto: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

| HORA | PA (mmHg) | FR (rpm) | FC (bpm) | SAT. O2 (%) | HGT (ml/dl) | Temp. | Ass. Tec. Enfermagem |
|------|-----------|----------|----------|-------------|-------------|-------|----------------------|
| 12   | 122x89    | —        | 79       | —           | 98          |       |                      |
| 18   | 154x99    | —        | 70       | —           | 97          |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |

Técnico de Enfermagem: [Assinatura] + Thais

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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

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

Hora Admissão: \_\_\_\_\_ Plantão: ( ) DIURNO ( ) NOTURNO DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Geral ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo  
Dieta ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Dieta Zero  
Padrão Respiratório ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
Acesso Venoso ( ) Periférico ( ) Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ( ) Presente ( ) Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ( ) Presente ( ) Ausente ( ) SVD/SVA Aspecto: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

| HORA | PA (mmHg) | FR (rpm) | FC (bpm) | SAT. O2 (%) | HGT (ml/dl) | Temp. | Ass. Tec. Enfermagem |
|------|-----------|----------|----------|-------------|-------------|-------|----------------------|
| 12   | 122x89    | —        | 79       | —           | 98          |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |

Técnico de Enfermagem: [Assinatura] + Regina



**INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO**

Data: 22/08/2019 Hora: 14:15 Atendimento nº 1042973

Nome Social: — Cor: —

Nome Civil: Francilda Borges da Santos

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

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

Endereço: R- da Uca, 316- Alto dos Limões - Paulistana

Ponto de Referência: Chico Bonavida

Nome do acompanhante: sem acompanhante

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

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

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

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) | <u>Seguro DPVAT</u> |
| Encaminhamento à Rede Socioassistencial | ( ) |                     |
| Encaminhamento à Rede de Saúde          | ( ) |                     |
| Atendimento Violência                   | ( ) |                     |
| Articulação Externa/Família             | ( ) |                     |
| Articulação Externa/Rede                | ( ) |                     |

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

Remoção pl o H.O.F.  
Reside com a esposa e 3 filhos em casa  
própria. É mototaxi. Realizada orientação  
sobre utilização de cota de prioridade.

Francilda Bonavida

UPA - SÃO LOURENÇO DA MATA  
Assistente Social  
CRSSS nº 3651-4ª Região / PE



Assistente Social

## EVOLUÇÃO SOCIAL

| DATA/HORA       | EVLUÇÃO   |
|-----------------|---|
| 23.08.19<br>12h | Paciente hoje em atendimento aguardando trans-<br>ferência para acompanhamento constante, orientado<br>Referido orientado, normas e rotinas da Unidade. |
|                 | (Assinatura)  |



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR IDADE: 43 anos

REGISTRO: 1248523 DATA: 1/1/

HDA: refere-se ao

EX. FÍSICO: sem alterações

EX. COMPLEMENTARES: na

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Insuficiência cardíaca
2.
3.

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Tratamento

SENHA: 333559 DESTINO: HCF

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:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Iranildo 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: marie Lucia Barbosa dos Santos

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 30/08/2019 CID: S42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavícula  
Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico  
de Fratura da Clavícula Direita

MÉDICO: \_\_\_\_\_

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

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 12 DE Novembro DE 2019.

Leonardo Costa  
Médico  
CRM 23550

MÉDICO

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

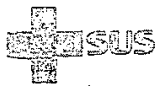




| Nome do paciente: <b>Manildo Borges dos Santos</b>  |                            |                              |                           |
|---|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Clínica: <b>Ortopedia</b>   |                            | Enfermaria: <b>15</b>        | Leito: <b>04</b>          |
| Nº prontuário: <b>238120</b>  |                            | Nº AIH:                      |                           |
| Diagnóstico principal (constante no laudo médico): <b>Fract. Fech. Plavicele D</b>  |                            |                              | CID: <b>S620</b>          |
| Procedimento realizado: <b>02 dias</b>  |                            |                              | Código: <b>0108010150</b> |
| Tempo de permanência previsto:  |                            |                              |                           |
| Procedimento realizado: <b>0108010150</b>   |                            |                              | Código: <b>0108010150</b> |
| Código  | Equipe                     | Nome                         | Matrícula Nº              |
| 01  | Cirurgião                  | <b>Dr. Jorge Augusto</b>     |                           |
| 02  | 1. Auxílio cirúrgico       |                              |                           |
| 03  | 2. Auxílio cirúrgico       |                              |                           |
| 04  | 3. Auxílio cirúrgico       |                              |                           |
| 05  | Demais auxílios cirúrgicos |                              |                           |
| 06  | Anestesistas               | <b>Dra. Michelle Tavares</b> |                           |
| 07  | Clínico                    |                              |                           |
| 08  | Clínico                    |                              |                           |
| <b>Procedimentos especiais</b><br><input type="checkbox"/> Mudança de procedimento<br><input type="checkbox"/> Diária de UTI<br><input type="checkbox"/> Diária de acompanhante<br><input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Uso da prótese órtese<br><input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação<br><input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores<br><input type="checkbox"/> Nutrição parenteral<br><input type="checkbox"/> |                            |                              |                           |
| <b>Resumo do caso</b><br>PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.  |                            |                              |                           |
| Diagnóstico principal: <b>Fract. Fech. Plavicele D</b>  |                            |                              | CID: <b>S620</b>          |
| Diagnóstico secundário:   |                            |                              | CID:                      |
| Motivo da alta: <b>melhor</b>   |                            |                              |                           |
| Internação: <b>27/08/19</b>   |                            | Alta: <b>31/08/19</b>        | Dias de hospitalização:   |

José Genes Sales Cavalcanti  
 Ginecologia e Obstetrícia  
 Médico do Trabalho  
 CRM 46.914 / RPP: 076.632.934-R7

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro  
 Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000  
 Tel.: (81) 2492.0000



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Em 15-4  
Sm 6132-85  
VITÓRIA

|  |                                |                                       |                 |                       |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>   |                                | 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE |                 | 4- CNES               |
| 1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   | 2- CNES                        | HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS            |                 | 426                   |
| <b>Identificação do Paciente</b>   |                                | 6- Nº DO PRONTUÁRIO                   | 7- (CNS)        | 8- DATA DE NASCIMENTO |
| 5- NOME DO PACIENTE  |                                | 1093882                               | 898003724195275 | 22/04/1976            |
| 9- SEXO  | 11- NOME DA MÃE DO PACIENTE    | 12- TELEFONE DE CONTATO               |                 |                       |
| MASCULINO  | MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS | 81. 89437393   Celular: 81.           |                 |                       |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL  | 14- TELEFONE DE CONTATO        |                                       |                 |                       |
| 15- ENDEREÇO DO PACIENTE   |                                |                                       |                 |                       |
| 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 de 1/3 medio de clavícula d após acidente motociclistico

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

curtamento > 2 cm de clavícula

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

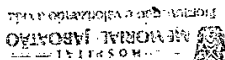
rx + ex físico

|  |                                  |                                    |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| 20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL                                 | 21- CID 10 SECUNDÁRIO            | 22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS       |
| FRATURA DA CLAVICULA - S420  |                                  |                                    |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>   |                                  |                                    |
| 24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO        |                                  |                                    |
| 26- CLÍNICA  | 27- CARATER DA INTERNAÇÃO        |                                    |
| 29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR) | 31- DATA DA SOLICITAÇÃO          |                                    |
| ULYSSES MACEDO BARBOSA - CRM: Nº.CRM26541                                    | 04953670361                      | 24/08/2019                         |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>         |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO                            | 35- CNPJ DA SEGURADORA           | 37- Nº DO BILHETE                  |
| <input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                        |                                  | 38 - SÉRIE                         |
| <input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                       | 49- CNPJ EMPRESA                 | 40- CNAE DA EMPRESA                |
| 42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  | 41 - CBOR                        |                                    |
| <input checked="" type="radio"/> EMPREGADO                                   | <input type="radio"/> EMPREGADOR | <input type="radio"/> AUTÔNOMO     |
| <input type="radio"/> DESEMPREGADO   | <input type="radio"/> APOSENTADO | <input type="radio"/> NÃO SEGURADO |

AUTORIZAÇÃO

|   |   |                          |  |
|---|---|--------------------------|--|
| 43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                  | 33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE                           | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR  |
| 44 - COD ORGAO EMISSOR                                | 24 / 08 / 19  |                          |  |
| 46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR | Ulysses Macedo Barbosa<br>Ortopedia Traumatologia<br>CRM - PE 26541 |                          | José Genes Sales Cavalcanti<br>Ginecologia e Obstetrícia<br>Médico do Trabalho<br>CRM 4820 - CPF: 076.632.934-87 |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR       |   |                          |  |





Convênio: SUS - INTERNACAO  
Atendimento: 238170  
Nascimento: 22/04/1976  
Sexo: Masculino  
Prontuário: 773912  
Nome: IVANILDO BORGES DOS SANTOS  
Idade: 43 Anos, 4 Meses e 5 Dias  
Profissão:  
Escolaridade:  
CPF: 5427861  
Identidade: 5427861  
Telefone:  
Estado Civil: 89800372424195275  
Cartão SUS: 89800372424195275  
Nome da Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DOS SANTOS  
Endereço: ESTRADA DE ALDEIA, VILA CHA DE CRUZ, CEP: 55825000, Nº 12, PAUDALHO - PE  
OBSERVAÇÃO:  
Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA  
Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 04  
Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664  
CID: S420

#### RESUMO DE INTERNAMENTO

#### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 8 DIAS REFERE DOR EM CLAVICULA DIREITA

#### ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

#### EXAME FISICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

#### AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 21 BNF S/S

#### AP - RESPIRATORIO:

MV+ AHT SEM RA

#### ABDOMEN:

ANO, INDOLO

#### AP - GENITO - URINARIO:

NDN

#### OUTROS:

NDN

#### HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

1-FRATURA DE CLAVICULA

#### DIAGNOSTICO DEFINIVO:

#### CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

31-08-19

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES  
CRM-PE 23664

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

## 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): TRATAMEN TO 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: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SO ANESTESIA  
ROTINA ASSEPTICA  
INCISAO SOB TOPOGRAFIA DA FRATURA  
MANOBRA DE REDUCAO  
APOSICAO DWE FIO K  
CONFIRMADO REDUCAO COM ESCOPIA  
FECHAMENTO POR PLANOS  
CURATIVO

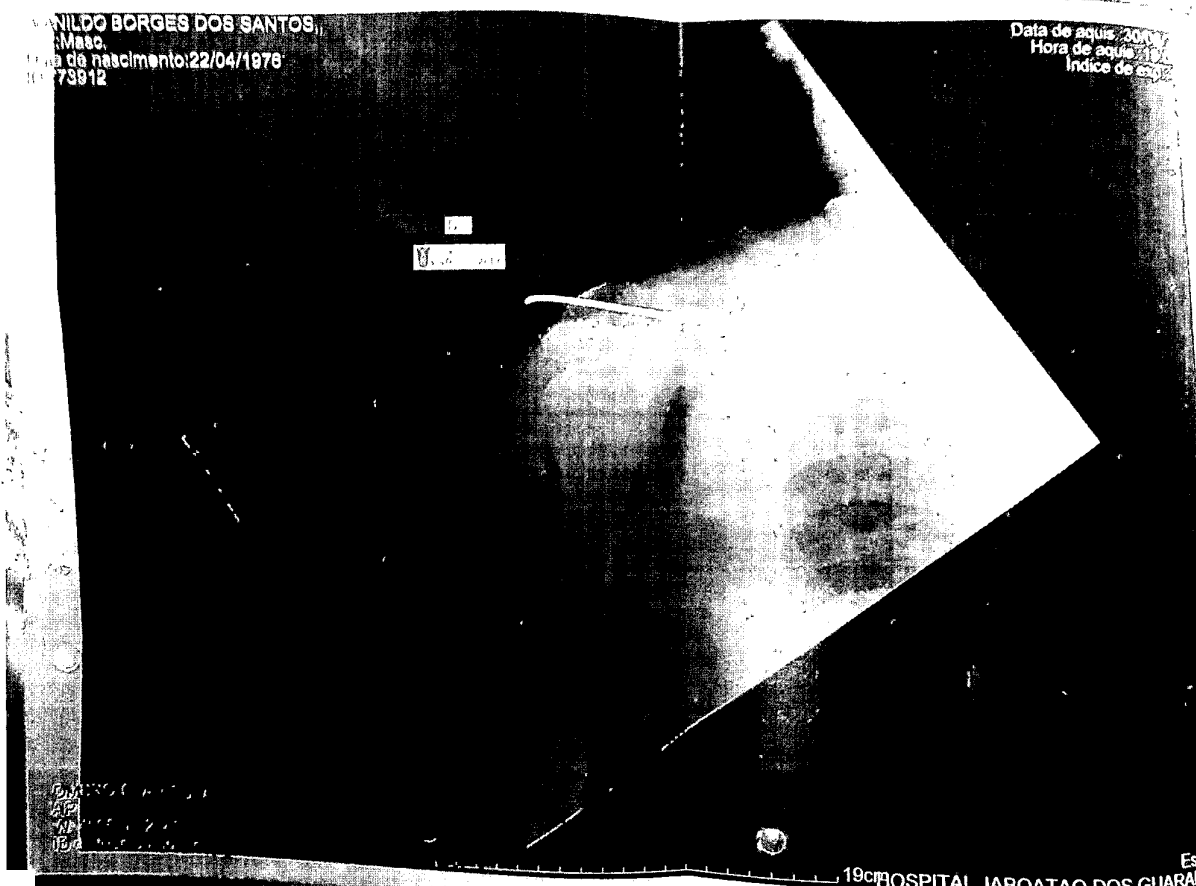
  
JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

CRM: 20770



VANILDO BORGES DOS SANTOS,  
Masc.  
Data de nascimento: 22/04/1976  
RG: 73912

Data de aquis: 2001  
Hora de aquis: 11h  
Índice de exp: 2



19c HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARÉ



**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 APÓS MELHORA CLÍNICA.

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

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO 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

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 31 DE AGOSTO DE 2019

MEDICO: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

Dr. João Paulo Romeiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/MEPE 22622

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jabotão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



TERMINO NACIONAL 1679670109

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ADMINISTRACAO GERAL  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL  
SECRETARIA DE JUSTICA DO ESTADO

NOME: **IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

RG: 5427861 SSP PE

CPF: 027.062.184-58 DATA NASCIMENTO: 21/04/1976

LOCAL: **JOSE BORGES DOS SANTOS**

**MARIA LUCIA BARBOSA DO S SANTOS**

PERMISSAO: **AD** CAT. HAB: **AD**

Nº REGISTRO: 02844346860 VALIDADE: 21/07/2023 HABILITACAO: 02/05/2003

OBSERVAÇÕES

*Ivanildo Borges dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: **CARPISSA, PE** DATA EMISSAO: 22/07/2018

48515560566  
PE886926284

**PERNAMBUCO**

1679670109

Scanned by CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1679670109

NOME  
**IVANILDO BORGES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**5427861 SSP PE**

CPF  
**027.062.204-58**

DATA NASCIMENTO  
**22/04/1976**

FILIAÇÃO  
**JOSE BORGES DOS SANTOS**  
**MARIA LUCIA BARBOSA DO S SANTOS**

PERMISSÃO  
**ACC**

CAT. HAB.  
**AD**

Nº REGISTRO  
**02844346860**

VALIDADE  
**21/07/2023**

1ª HABILITAÇÃO  
**02/05/2003**

OBSERVAÇÕES  
**EAR**

*Ivanildo Borges dos Santos*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**CARPINA, PE**

DATA EMISSÃO  
**23/07/2018**

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**48515560566**  
**PE086926284**

**PERNAMBUCO**

PROIMDO PLASTIFICAR  
1679670109

Scanned by CamScanner





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014486571947

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. DE NAVAM RUTER EXERCÍCIO

1 1993 941 1993

NOME

IVANILDO MATEUS DA SILVA

PAUDALHO-PE

CPF / CNPJ

087.362.304-59

PLACA

1993

PLACA ANT. / UF

\*\*\*\*\*-\*\*-\*\*

CHASSI

90000000000000000000

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL

MARCA - MODELO

HONDA/CG 150 FAN HSE

ANO FAB

2003

ANO MOD.

2011

CAP / POT. CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

CINZA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

IPVA 2019 QUITADO

1ª \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*\*\*\*

2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES


SIM RESERVA

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  
20 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 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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 físico:** vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a 80 graus, abdução a 100 graus, déficit de força de grau médio, 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          |
| Total   |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



## 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: RAIOS 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<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>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 IV DOIS JRNAL, Nº 12, Bairro ALTO DUS TRMAO 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; INVALIDEZ, Vitima 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.

PAUDALHO . 05/08/2019

Reconheço  
Cartório Machado Campos

Ivanildo Borges dos Santos

OUTORGANTE

**Serviço Notarial de Paudalho** Mônica Machado Campos - Tabeliã Titular  
Rua Genuino Silva, 66 - Centro - Paudalho / PE - Cep: 55.895-000 - Fone: (81) 3636-1081 - www.cartorioinc.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE E TIPO: IVANILDO BORGES DOS SANTOS,  
dou fé. Paudalho/PE, 05/08/2019.  
09:47:44. LANBUSA VASCONCELOS GOMES. Substituta.  
Emol: 3,39; TSNR: 0,80; FERR: 0,40; ISS: R\$ 0,20  
FERM 0,04 FUNSEG 0,08 TOTAL 3,51

Selo: 0073940.YET08201902.00438

**Cartório Machado Campos**  
Consulte autenticidade em: www.jus.br/autenticidade

M<sup>re</sup> José A. S. F. Machado  
Cartório Machado Campos  
Escritório Autorizada

## 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

**CPF de:** Próprio

### 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





**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, deficit de força de grau medio, presença de cicatriz cirurgica*

**III.** Nexô 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 cirurgico 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  
( X ) 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

