

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, 28 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044171**

**Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

**Data do Acidente: 24/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044171**

**Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

**Data do Acidente: 24/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

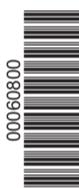
Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200044171

Vítima: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 00000004549-8

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:  
70204821479 LUIS FELIPI ANGELO DE MORAES

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

5 - Nome completo: <b>Luis FELIPI ANGELO DE MORAES</b>	6 - CPF: <b>70204821479</b>		
7 - Profissão: <b>AUTÔNOMO</b>	8 - Endereço: <b>LU A PEDRO ALVARES CABRAL</b>	9 - Número: <b>322</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>JARDIM ATLÂNTICO</b>	12 - Cidade: <b>OLINDA</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>53110-290</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>5198825-2513</b>		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 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:  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)

AGÊNCIA: **4739**

CONTA: **001549**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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.

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 companheira(s), informar o nome completo:

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

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

34

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)

40 - Local e Data: Olinda - 19-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome:  
CPF: CO

- VALIDÊNCIA S/A  
16 JAN 2020

39 - 2º | Nome:  
CPF:

Assinatura da testemunha

ICOLO  
RECIFE

Assinatura da testemunha

**CAMI**

**POUPANGA**

6277 8012 6117 3371  
LUIS FELIPE ANGELO MEIRATES  
4739 013 00004549-3 08121



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0116003734**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/12/2019 às 15:46**

Complementa o BO Número: **19E0116003728**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **24/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SAO JOAO BATISTA, 275** - Bairro: **JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
 JOSE ACIOLE DOS SANTOS ( OUTRO )  
 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUSIMARY ANGELO DE LIVEIRA DE MORAES** Pai: **LUIZ CARLOS ANDRADE DE MORAES** Data de Nascimento: **5/4/1997** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9427539/SDS/PE (RG)**, **70204821479 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE ALMOXARIFADO**  
 Endereço Residencial: **RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - CEP: 55000-000** - Bairro: **JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSE ACIOLE DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOKHK8402 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ACIOLE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHK8402** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CONTRIBUUI A PREVIDÊNCIA S/A
16 JAN 2020
PROTO COLO
AGÊNCIA RECIFE

16/12/2019 9:15:45

**PGP1992 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP1992 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

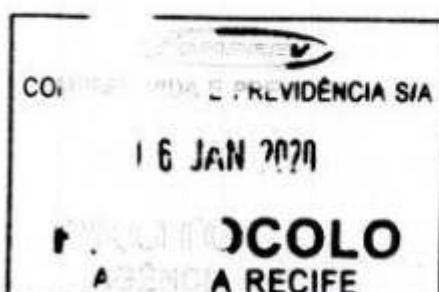
### Complemento / Observação

**ALEGA O QUIXO QUE VINHA SENTIDO OLINDA SUBURBIO (RIO DOCE), QUANDO NA RUA SAO JOAO BATISTA SOFREU UMA COOLISAO COM O CARRO QUE VINHA SENTIDO CONTRARIO.SOFREDO FRATURA DA TIBIA, UM CORTE NA Perna DIREITA, E ESCORIAÇOES NAS COSTA**

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

**LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **LUCIANO MORAES E SILVA - Matrícula: 3849490**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0116003728**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/12/2019** às **12:12**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **24/9/2019** no periodo da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SAO JOAO BATISTA, 275** - Bairro: **JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUSIMARY ANGELO DE LIVEIRA DE MORAES** Pai: **LUIZ CARLOS ANDRADE DE MORAES** Data de Nascimento: **5/4/1997** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9427539/SDS/PE (RG)**, **70204821479 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE ALMOXARIFADO**  
Endereço Residencial: **RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOKHK8402 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHK8402 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

 <b>16 JAN 2020</b> <b>OCOL</b> <b>A RECIFE</b>
--

**PGP1992 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP1992** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

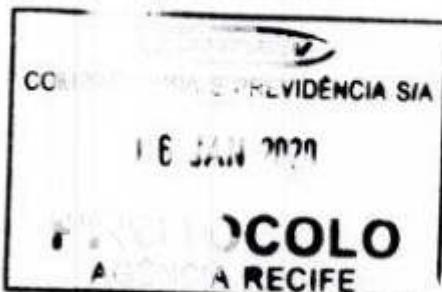
Complemento / Observação

**ALEGA O QUIXO QUE VINHA SENTIDO OLINDA SUBURBIO (RIO DOCE ), QUANDO NA RUA SAO JOAO BATISTA SOFREU UMA COOLISAO COM O CARRO QUE VINHA SENTIDO CONTRARIO.SOFREDO FRATURA DA TIBIA, UM CORTE NA Perna DIREITA, E ESCORIAÇÕES NAS COSTA**

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

**LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **LUCIANO MORAES E SILVA** - Matrícula: **3849490**



~~Muito gentil e solícito das autoridades~~  
~~DEPO~~  
~~CONFERENCIA LUIS FELIPY.~~

# 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:  
70204821479 LUIS FELIPI ANGELO DE MORAES

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

5 - Nome completo: <b>Luis FELIPI ANGELO DE MORAES</b>	6 - CPF: <b>70204821479</b>		
7 - Profissão: <b>AUTÔNOMO</b>	8 - Endereço: <b>LU A PEDRO ALVARES CABRAL</b>	9 - Número: <b>322</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>JARDIM ATLÂNTICO</b>	12 - Cidade: <b>OLINDA</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>53110-290</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>5198825-2513</b>		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 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:  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)

AGÊNCIA: **4739**

CONTA: **001549**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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.

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 companheira(s), informar o nome completo:

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varônus)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

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

34

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)

40 - Local e Data: Olinda - 19-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome:  
CPF: CO

- VALIDÊNCIA S/A  
16 JAN 2020

39 - 2º | Nome:  
CPF: ICOLO

RECIFE  
Assinatura da testemunha

**CAMI**

**POUPANGA**

6277 8012 6117 3371  
LUIS FELIPI ANGELO MEIRATES  
4739 013 00004549-3 08121

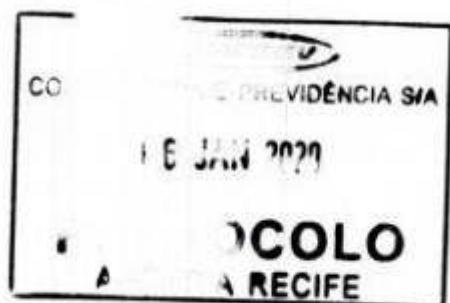


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001270 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LUIS FELIPY ANGELO DE MORAIS , 22 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 9427539 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.048.214-79, residente à AV PEDRO ALVARES CABRAL , nº 327, CS 01, JARDIM ATLANTICO , OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/09/2019, por volta das 13:24 hs, no endereço: RUA SÃO JOÃO BATISTA, 275, JARDIM ATLÂNTICO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo PEUGEOT/208 GRIFFE A BRANCA PGP1992-PE ; MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS KHK8402-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LUIS FELIPY ANGELO DE MORAIS , inscrito sob o CPF nº 702.048.214-79 e Registro Geral nº 9427539, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711127-4 VERÔNICA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 496586. Ficou aos cuidados do médico DUILIO NETO, registro 27508. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 12/12/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site  
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001270*

# 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: 19/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 00000004549-8

---

Nr. da Autenticação 2B6905F22A6C9065

## 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
LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES
CPF: 946.526.694-49

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV PEDRO ALVARES CABRAL 327 CS- 01
JARDIM ATLÂNTICO/OLINDA 53140-290 OLINDA 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](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO <b>30/12/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2019	CONTA CONTRATO 007033339520
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>81,29</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/12/2019	Nº DO CLIENTE 2016504641
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 089508201	Nº DA INSTALAÇÃO 0006815577
CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
RESERVADO AO FISCO <b>87FD.5EE5.A085.4CB7.1410.9A5F.4A6D.93B5</b>		

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.				
Consumo Ativo(kWh)	94,00	0,75727874	71,18	Vencido	01 Resv	Valor		
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,17	27/11/19	21/12/19	159,13		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,73	20/09/19	18/10/19	18,51		
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,83					
ICMS Subvenção-CDE-NF 081141555-16/10/19			0,38					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>81,29</b>					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>		<b>COFINS</b>				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
74,08	25,00	18,52	74,08	0,44	0,32	74,08	2,02	1,49
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO								
			R\$ %					
Geração de Energia			25,02 33,77					
Transmissão			2,78 3,73					
Distribuição (Celpe)			16,76 22,62					
Encargos Salariais			3,93 5,21					
Tributos			20,33 27,44					
Péndas de Energia			5,28 7,13					
<b>TOTAL:</b>			<b>74,08 100</b>					
HISTÓRICO DO CONSUMO								
Consumo Ativo(kWh)	8.54933000							
DEZ	19		94					
NOV	19		174					
OUT	19		59					
SET	19		30					
AGO	19		30					
JUL	19							
JUN	19							
MAI	19							
ABR	19							
MAR	19							
FEV	19							
JAN	19							
DEZ	18							

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
00000003183057170	CAT	20/11/2019 234,00	21/12/2019 328,00	31	1.00000	0,00
CONSUMO kWh: 94,00						
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/01/2020						

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Meta Mensal	Mata Trimestre	Mata Anual
DIC-No de horas sem Energia	PARATIBA I	1,96	4,95	9,91	19,82
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,56	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor da Encargo de Uso = R\$ 28,04					
Todo Consumidor pode solicitar a esclarecimento das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
<p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p>						

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

DESTAQUE AQUI	CONTA CONTRATO 007033339520	MÊS/ANO 12/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 81,29	VENCIMENTO 30/12/2019	TALÃO DE PAGAMENTO
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO					Evite dobrar, perfurar ou rasurar. O canhoto só será usado em leitora ótica.
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					
ROTO					

CC

CAIXA E PREVIDÊNCIA SIA

2° JAN 2021

1 COLO  
AG. RECIFE

Pedro Marques  
Ortopedia e Traumatologia



CRM 8594

LINHAS VERMELHAS

Até o que o paciente MIZ FELIPE ANDRADE  
de MORAES, estava de alívio de transito  
em 24/09/2019 com BO N.º 19ED011003734  
no seu FIMINHA ORTOPEDIA DENTAL,  
foi tratado com remédio de Fibras (Citrullina)  
em 24/09/2019 O mesmo volta com  
lesões que houve no lado esquerdo  
perme - Vou ver mais no dia

les. Art.

- deformee articulares

perme lesão

- desequilíbrio d/pacientes

lateral d/pacientes

falso falso Dr. Pedro Marques  
Ortopedia CRM PE 8594  
CPF 172.875.334-04  
Nao autorizado a receta de Farmacia

27/01/2021

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE  
Tel.: (81) 3542.3278 / 98897.4003



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES foi atendido (a) neste serviço no dia 25/09/2019 . Necessitando de **60(sessenta)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID.10: S 82.2

Paulista, 8 de outubro de 2019

Médico





## ATESTADO MÉDICO

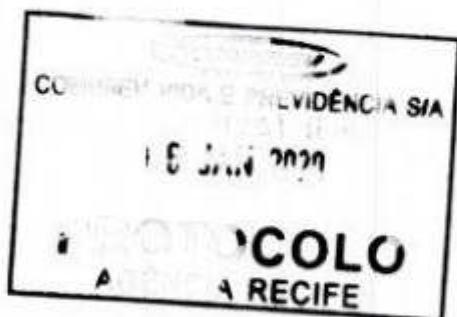
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES foi atendido (a) neste serviço no dia 16/10/2019 . Necessitando de **30(TRINTA)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID.10: L02.4; T84.7

Paulista, 30 de outubro de 2019

Dr. Luiz Felipe Angelo Moraes  
Assinatura

Médico



**HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES  
CENTRO DIAGNÓSTICO - ULTRASSONOGRAFIA**

Emissão de Laudo

Pedido de Exames.....:

Paciente.....:

Médico Solicitante.....:

Data da Solicitação....:

Convênio.....:

Unidade Internação...:

365898

Cod. Atendimento.:

499682

129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

734 PLANTONISTA ORTOPEDIA

16/10/2019

Hora.....:

14:35:16

SUS - EXTERNO /

Origem da Solicitação.....:

URGENCIA

VERDE 2 ORTOPEDIA

Enfermaria....:

VERD2-32

Data.....: 16/10/2019

Hora.....: 15:42:10

SAME.....: 116376

Idade.....: 22a 6m 12d

Sexo.....: M

Dt. Realiz....: 16/10/2019

URGENCIA/EMERGENCIA

Leito..: VERD2-32

**ULTRASSONOGRAFIA DE Perna Direita**

*Exame realizado em caráter de urgência.*

**INDICAÇÃO:**

Abscesso.

**ACHADOS:**

Observamos volumosa coleção de conteúdo heterogêneo, com aspecto espesso, volume estimado em 76mL, a qual atinge planos musculares profundos e plano ósseo. Esta coleção apresenta íntimo contato com descontinuidade óssea da tíbia, em terço médio de perna direita, na face medial.

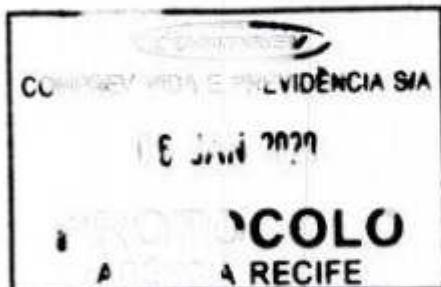
Nessa região também existe importante espessamento difuso da pele inferindo processo inflamatório/infeccioso.

**Dra. Alice Abath**

CRM-PE 19.764

**MR1 Filipe Villa Verde**

CRM-PE 18.499





# PERNAMBUCO

HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

四

IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

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

**NOME: LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES**

EDADE: 22 SEXO: MASCULINO

**DATA DA ADMISSÃO:** 15/05/2023

REG: 129722

DATA DA ALTA: 30/10/19

#### **DIAGNÓSTICO:**

- INFECÇÃO PÓS-OSTEOSSÍNTSE EM TÍBIA DIREITA
  - ABSCESSO EM PERNAS DIREITAS

#### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- 18/10/19 – DRENAGEM CIRÚRGICA + LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
  - 24/10/19 – LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

#### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
  - REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM;
  - FAZER USO DE SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM POR 28 DIAS;
  - PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
  - RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

## **PROGRAMA APÓS ALTA:**

**AMBULATÓRIO DE EGRESSO**    SIM(  )    NÃO(  )  
**DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:** / /

D  
EVIDÊNCIA SIA  
E JUD 7079  
COLO  
A RECIFE

**Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes**  
Médico  
CRM-PE 27686 - C.R.C-PE 33039  
**ASSINATURA DO MÉDICO**

**ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM**

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

IDADE: 55

SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/09/19

REG: 129722

DATA DA ALTA: 8/10/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

### TRATAMENTO REALIZADO:

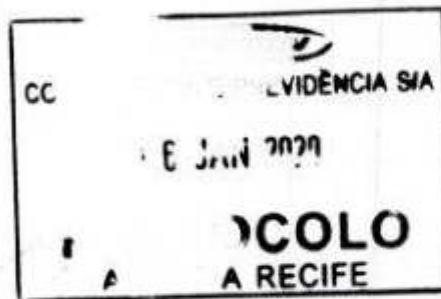
- 27/09/19: REDUÇÃO FECHADA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR
- 07/10/19: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOCÉLDO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(  ) NÃO(  )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



PERNAMBUCO



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

GESTÃO  
IMIP

RECEITUÁRIO

Janinho Melo

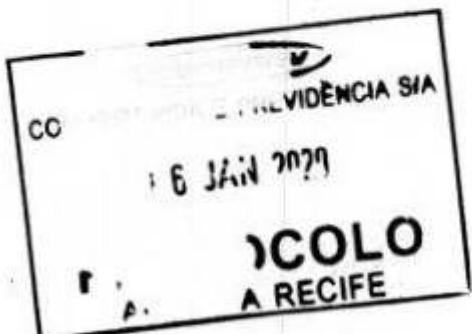
Paciente Spedro  
08/10/19 com constrição filar  
P com hérnia intramedular  
no fáscia aperte livre A,  
evolui com infecção post-  
operatória, e tratamento,  
responde ao reabastecimento de  
seus tecidos, quando em consolidação.

CIN: 582.2

07/11/19

*Yillian Pedrosa Ferreira,  
Oncopediatra - Traumatologista  
CRM: 14312  
Bauru - São Paulo*

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO







HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

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

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **496780**

Usuário: **ANDERSONSC**

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: <b>LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES</b>	Prontuário: 129722	
Idade: 22a 5m 23d	Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 05/04/1997
Profissão:	Escolaridade:	
R.G.: 9427539	C.P.F.: 70204821479	Telefone:
Endereço: RUA PEDRO ALVARES CABRAL	, 327 - JARDIM ATLANTICO	CEP 53050180
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA		- OLINDA
Convênio: SUS - INTERNACAO		- PE
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-23
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		

## DADOS DO RESPONSÁVEL

IE:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	15 10 6
Telefone:	Cidade:	Estado civil :
		Edu.

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 26/10/19 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Boas

Diagnóstico Principal.....: Fractura hérnia L5-S1 com paralise

Diagnóstico Secundário01.: -

Diagnóstico Secundário02.: -

Procedimento.....: 27/10/2019: Intervenção cirúrgica L5-S1 - coluna lombar  
Interv. Prof. Dr. Pedro Alves + R.R. e R.R. e R.R.

## Médico e CRM:

CO	VIDÊNCIA SIA
16 JAN 2021	
NICOLO AREOFF	

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos médicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico ou laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/09/2019 14:56

	<b>Nome Paciente:</b> LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES <b>Cód. Paciente:</b> <b>Data de Nascimento:</b> 05/04/1997 <b>Sexo:</b> Masculino <b>Idade:</b> 22 anos <b>Senha:</b> 0025 <b>Convênio:</b> <b>Atendimento:</b> <b>SAME:</b>
--	--

Período: 24/09/2019 15:15 - 24/09/2019 15:20

CLÁUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM ABDOMEM, FRATURA FECHADA EM MID.

Observação: NEGA HAS E DM

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 54.00 BPM
- GLICOSE: 103.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.80 °C

MA - Hospital Miguel Arraes

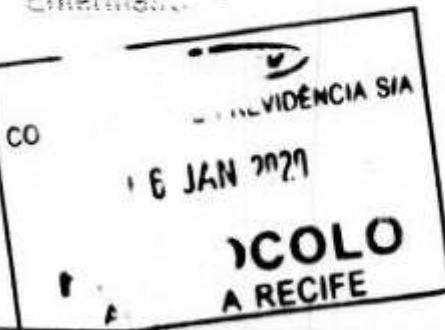
Clínica de Pele

Sala de Atend.

OCRI - Centro de Referência em Cuidados Intensivos

Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia

Enfermagem



Acolhido(a) por: CLÁUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/09/2019 15:20

Atendimento: 496586  
Data e Hora: 24/09/2019 15:25

Senha da Classificação:

**0025**

Paciente: 129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES Nome do Pai: LUIS CARLOS ANDRE DE MORAES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA PEDRO ALVARES CABRAL - 327 Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 15:15

**Queixa Principal**

*Paciente vidente com cintilosciamento brilhozinho. Negue  
dor de consciência ao visitante. Referência em PVO. Negue  
histórico queixa.*

**Exame Físico**

*Vitácea clara, colorido normal.  
PUPILAS 3MM, SIBA FR 16MM  
PUPILAS 27MM, SIBA FR 16MM*

*D: 66.6:15 pupilas iridescem e formam  
E: dilatadas muito mas não fixas?  
Tono tenceral só alterado.*

**Hipótese Diagnóstico**

*EEG*

**Prescrição Médica**

*1) Tabelas de fármacos - 0001 a 0006*

*2) Presença (VPM)*

*3) AV. Entropálpico*

*4) Diplopia 19 - Ocularفادeu agora*

*5) Pretozino*

*Dra. Neto  
Médico de Plantão  
CRM-PE 17.10*



Assinatura e Carimbo Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

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

( ) Encaminhado ao setor de internação



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES REG: 129722

**CLÍNICA:** \_\_\_\_\_ **ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_ **LEITO:** \_\_\_\_\_

Dr. Luiz Rogério Macato Gomes  
Médico  
CRM-PE 27066 CRM-PB 1023

Dr. Luiz Rogerio Macedo Gomes  
Médico  
CRM-PE 27655 CRM-SA 33039



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

**NOME:**

REG+

CLÍNICA

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	NOTA
02/07/19 09:00	VO = Físic. magistral de 000: 200m minutos 1000 2000m no momento físico, 1500m em 2000m VIO: 60m (4) 100m investe 1000m
<u>13/07/19 09:07</u>	<u>VO = 200m</u> 100m investe 1000m Cuenta em certos momentos sua expressão (ex.: afastar os mãos, olhar para o lado).
<u>13/07/19 09:07</u>	<u>VO = 200m</u> 100m investe 1000m Cuenta em certos momentos sua expressão, como afastar os braços, olhar para o lado e obter alguma reação.
<u>17/07/19 09:37</u>	<u>VO = 200m</u> 100m investe 1000m

356 *Leptostylus* *caeruleo-purpureus*  
for *L. Stellatus* see *Leptostylus*

## *3. Littera oficinalis*

Aviso de Cirurgia : 59795  
Paciente : 129722  
Convênio Atend.: 1  
Leito : 699  
Dt. Início : 27/09/2019 23:00  
Id Pré-Operatório : S822  
Id Pós-Operatório :

**Ficha de Cirurgia Descritiva**  
Sala : 0002 SALA 02  
LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-23  
Dt. Fim : 27/09/2019 23:30  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 496780  
Carteira :  
Idade : 22 Anos

Procedimento: 0408050500  
Convênio: 001  
Anestesia:

**Procedimentos**  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO

URGIAO  
ANESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA  
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR  
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE  
1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA  
ANESTESISTA: DR PEDRO  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**Descrição**

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE TIBIA E APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR  
DEBRIDAMENTO DE FLICENAS
5. CURATIVO ESTÉRIL
6. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Guilherme Borba Asselmo  
Médico  
CRM-PE 27.749

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
CRM : 16863



Aviso de Cirurgia: 59995  
Paciente: 129722

Convênio Atend.: 1  
Leito: 195  
Dt. Início: 07/10/2019 10:20

Id Pré-Operatório: S822  
Id Pós-Operatório: S822

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala: 0003 SALA 03

LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES  
SUS - INTERNACAO  
ORTO-501-LEITO 003

Atendimento: 496780  
Carteira:  
Idade: 22 Anos

Dt. Fim: 07/10/2019 11:43

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

### Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

### Equipe Médica

13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RFFI COM HASTE INTRAMEDULAR

OPERADOR: DR. ALEXANDRE ANDRADE

1º AUXILIAR: PEDRO CUNHA (MR3)

2º AUXILIAR: SAMUEL MOURA (MR2)

INSTRUMENTADOR: ADAILMA

ANESTESISTA: DRA. SIMONE

ANESTESIA: RAQUI

#### Relato de Intervenção

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL

2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS

4. REALIZADO ACESSO INFRAPATELAR

5. DISSECÇÃO POR PLANOS, INCISÃO NO TENDÃO

PASSAGEM DE FIO GUIA

FRESAGEM INICIAL DE MÃO

PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR 9X39

REALIZADO BLOQUEIO COM 4 PARAFUSOS DE BLOQUEIO, 02 PRÓXIMAS E 02 DISTAIS

10. LIMPEZA COM SF 0,9%

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO

13. À SR

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

DR(A): ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE  
CRM: 13344

Atendimento: 496780

Dt Atendimento: 25/09/2019 - 15:25

Paciente: 129722

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Dt Alta: 08/10/2019 - 13:22

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 195 ORTO-501-LEITO 003

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: FLAVIACAW

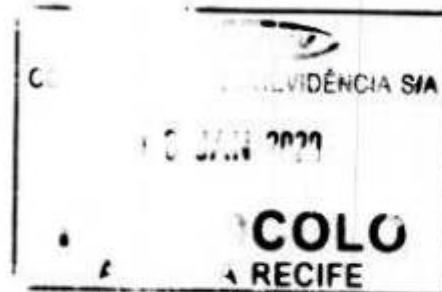
CID:

Procedimento de Alta

0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

FLAVIA CAROLINA DE ARAUJO WANDERLEY



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



**Laudo para solicitação de autorização de internação**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
		HOSPITAL MIGUEL ARRAES 21-2-99923			
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES			
5 - Nome do Paciente <b>LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES</b>					
6 - Nº Prontuário <b>129722</b>					
7 - Cartão Nacional do SUS 702603734417541		8 - Data de Nascimento <b>05/04/1997</b>	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor <b>03 - Parda</b>	11.1 - Etnia <b>0000 - Não Se Aplica</b>
11 - Nome da Mãe <b>LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES</b>		11.2 - Telefone de Contato <b>8198572355</b>			
13 - Nome Responsável <b>MARGARIDA</b>		14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) <b>RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 327 - JARDIM ATLANTICO</b>		16 - Município <b>OLINDA</b>			
		17 - IBGE <b>260960</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>53050180</b>	
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE COM RELATO DE CIRURGIA EM Perna Direita POR FRATURA DE OSSOS DA PERNA NO DIA 08/10 OPERADO NESTE SERVIÇO REALIZADO HEM DE RAFI COM PALCA E PARAFUSO EM FIBULA , EVOLUI COM ABSCESSO EM TERÇO MEDIA DA PERNA DIREITA CENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL ABSCESSO EM Perna Direita NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES					
21 - Condições que justificam a Internação CITADAS ACIMA					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas NAMNESE + EXAME FÍSICO					
23 - Diagnóstico Inicial / Código ABSCESSO EM Perna D					
24 - CID 10 Principal <b>L024</b>		25 - CID 10 Secundário <b>T84.6</b>		26 - CID 10 Causas Associadas <b>W199 X83.8 G308.0</b>	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA					
28 - Código do Procedimento <b>0415020069</b>					
29 - Especialidade <b>CIRÚRGICA</b>		30 - Caráter de Atendimento <b>2</b>	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente <b>980016278437533</b>	33 - Data da Solicitação <b>16/10/2019</b>
34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		<b>SORMANE DE CARVALHO BRITTO</b>			
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) <b>16339</b>					
36 - Preencher em caso de causas externas (Acidentes ou Violências)					
( ) Acidente de Trânsito		39 - CNPJ Seguradora		40 - Nº Bilhete	41 - Série
( ) Acid. Trabalho Típico		42 - CNPJ / Empresa		43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência					
( ) Empregado		( ) Autônomo		( ) Desempregado	( ) Aposentado
( ) Empregador		( ) Autônomo		( ) Não Segurado	
46 - Nome do Profissional Autorizador					
47 - Cód. Órgão Emissor <b>E260000001</b>		48 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)			
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado CNS ( ) CPF		50 - Data da Autorização			
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) Técnico / Ortopedia / Traumatologia / Ortopedia Técnico / Ortopedia / Ortopedia					

AIH  
261910222363-9

Código do Laudo: 499692



## **FICHA DE INTERNAÇÃO**

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

Cód. Atendimento: 499923  
Usuário: ANACOS

## DADOS DO PACIENTE

<b>DADOS DO PACIENTE</b>			
<b>Paciente:</b> LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES	<b>Sexo:</b> M	<b>Estado Civil:</b> SOLTEIRO	<b>Prontuário:</b> 129722
<b>Idade:</b> 22a 6m 13d	<b>Escolaridade:</b>		<b>Data de Nascimento:</b> 05/04/1997
<b>Profissão:</b>			
<b>R.G.:</b> 9427539	<b>C.P.F.:</b> 70204821479	<b>Telefone:</b> , 327 - JARDIM ATLANTICO	<b>CEP</b> 53050180 - OLINDA
<b>Endereço:</b> RUA PEDRO ALVARES CABRAL			
<b>Origem:</b> URGENCIA/EMERGENCIA	<b>Dados da Internação</b>		
<b>Convênio:</b> SUS - INTERNACAO	<b>Data e Hora da Internação:</b> 17/10/2019 11:37		
<b>Unidade Internação:</b> VERDE 2 ORTOPEDIA	<b>Acomodação:</b> ENFERMARIA DE OBSERVACA	<b>Leito:</b> VERD2-41	
<b>Médico Internação:</b> PLANTONISTA ORTOPEDIA			

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

**DETALHES DO RESPONSÁVEL**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ - Número: \_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_

Estado civil : \_\_\_\_\_

**DADOS DA LIBERACÃO DO PACIENTE**

Data da Alta: 20/01/10 Hora da Alta: 12:00

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

**condições de Alta:** Estas condições permitem

**Diagnóstico Principal.....:** *Enfermedad de Crohn*

**Diagnóstico Secundário:**

**Diagnóstico Secundario:** \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundario 02.: \_\_\_\_\_

**sedimento.....:** argilla e pietra

**Médico e CRM:**

**Assinatura e RG**

18 JUL 2021

Colo  
Sociedade  
Internacional de  
Coloproctologia

em necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 16/10/2019 11:17

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

	Nome Paciente:	LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	05/04/1997
	Sexo:	Masculino
	Idade:	22 anos
	Senha:	0009
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME

Periodo: 16/10/2019 11:29 - 16/10/2019 11:34

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

URGENCIA AMARELO

AMARELO

PACIENTE VEM POR DEMANDA ESPONTANEA EM 8º DPO COM QUEIXA DE DOR EM MID.  
RELATO DE SAÍDA DE SECREÇÃO E FEBRE (T: 38°). PASSADO DE FX DE TIBIA DIREITA  
NEGA HAS,DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA  
FERIDAS E ABSCESSOS  
- FERIDA INFECTADA COM SINAIS SISTÉMICOS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 77.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 89.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVOCADO  
RESPIRATORIA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão da Pele

Sim ( ) Nêc ( )

LOCRI

Fernanda Botelho

Enfermeira

Enfermeira

VIDÊNCIA SIA

16/10/2019

COLU  
RECIFE

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2019 11:34

Atendimento: 499682

Data e Hora: 16/10/2019 11:37

Senha da Classificação:

**0009**

Paciente: 129722 LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES Nome do Pai: LUIS CARLOS ANDRE DE MORAES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA PEDRO ALVARES CABRAL --

327

Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Data Entrada Brasil:

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Queixa Principal

*Mal de estômago com febre alta e dor de cabeça*

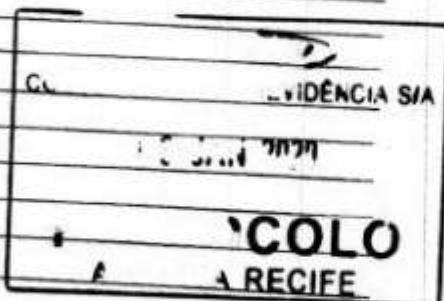
Exame Físico

*Exame físico com febre alta, dor de cabeça e dor abdominal*

Hipótese Diagnóstica

*Suspeita de infecção viral*

Prescrição Médica



Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

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



# PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES REG: 129722  
CLÍNICA:

## ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	LEITO: _____	
16/10/2019	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b># ADMISSÃO</b> <b>PACIENTE COM RELATO DE CIRURGIA EM Perna DIREITA POR FRATURA DE OSSOS DA PERNA NO DIA 08/10 OPERADO NESTE SERVIÇO REALIZADO HIM DE TIBIA + RAFI COM PLACA E PARAFUSO EM FIBULA , EVOLUI COM ABSCESSO EM TERÇO MEDIA DA Perna DIREITA</b> <b>CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL</b> <b>MID ABSCESSO EM Perna DIREITA</b> <b>NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES</b> <b>HD ABSCESSO EM Perna D , INFECÇÃO DE FERIDA</b> <b>OPERATORIA</b> <b>CD INTERNAMENTO + PRE OP</b>	
	<p style="text-align: right;">VIDÊNCIA SIA 16/10/2019</p> <p style="text-align: right;"><b>'COLO</b> <b>RECIFE</b></p> <p><i>(Handwritten notes in Portuguese follow)</i></p>	

*Introducción  
a la medicina*



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

**MIGUEL ARRAES**

**IMIP**  
Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## Evolução Clínica

NOME: José Antônio da Costa REG: 1577

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
16/03/03	No. infecção b. agressão tbc. + colírio folic.
17	(= 16 + 24 horas + 10 - 7) = 10
	Acute in. Caxias Sob supervisão médica Montoso Med: an. flanente tbc. - op. tbc no Flanente na grau.
	18/03/03
	Catarral constante
	CC
	VIDÊNCIA SIA
	LICENCIADA
	COLO RECIFE
19/03/03	18/03/03
20/03/03	20/03/03
	21/03/03
	22/03/03
	23/03/03
	24/03/03
	25/03/03
	26/03/03
	27/03/03
	28/03/03
	29/03/03
	30/03/03
	31/03/03
	01/04/03
	02/04/03
	03/04/03
	04/04/03
	05/04/03
	06/04/03
	07/04/03
	08/04/03
	09/04/03
	10/04/03
	11/04/03
	12/04/03
	13/04/03
	14/04/03
	15/04/03
	16/04/03
	17/04/03
	18/04/03
	19/04/03
	20/04/03
	21/04/03
	22/04/03
	23/04/03
	24/04/03
	25/04/03
	26/04/03
	27/04/03
	28/04/03
	29/04/03
	30/04/03
	31/04/03
	01/05/03
	02/05/03
	03/05/03
	04/05/03
	05/05/03
	06/05/03
	07/05/03
	08/05/03
	09/05/03
	10/05/03
	11/05/03
	12/05/03
	13/05/03
	14/05/03
	15/05/03
	16/05/03
	17/05/03
	18/05/03
	19/05/03
	20/05/03
	21/05/03
	22/05/03
	23/05/03
	24/05/03
	25/05/03
	26/05/03
	27/05/03
	28/05/03
	29/05/03
	30/05/03
	31/05/03
	01/06/03
	02/06/03
	03/06/03
	04/06/03
	05/06/03
	06/06/03
	07/06/03
	08/06/03
	09/06/03
	10/06/03
	11/06/03
	12/06/03
	13/06/03
	14/06/03
	15/06/03
	16/06/03
	17/06/03
	18/06/03
	19/06/03
	20/06/03
	21/06/03
	22/06/03
	23/06/03
	24/06/03
	25/06/03
	26/06/03
	27/06/03
	28/06/03
	29/06/03
	30/06/03
	31/06/03
	01/07/03
	02/07/03
	03/07/03
	04/07/03
	05/07/03
	06/07/03
	07/07/03
	08/07/03
	09/07/03
	10/07/03
	11/07/03
	12/07/03
	13/07/03
	14/07/03
	15/07/03
	16/07/03
	17/07/03
	18/07/03
	19/07/03
	20/07/03
	21/07/03
	22/07/03
	23/07/03
	24/07/03
	25/07/03
	26/07/03
	27/07/03
	28/07/03
	29/07/03
	30/07/03
	31/07/03
	01/08/03
	02/08/03
	03/08/03
	04/08/03
	05/08/03
	06/08/03
	07/08/03
	08/08/03
	09/08/03
	10/08/03
	11/08/03
	12/08/03
	13/08/03
	14/08/03
	15/08/03
	16/08/03
	17/08/03
	18/08/03
	19/08/03
	20/08/03
	21/08/03
	22/08/03
	23/08/03
	24/08/03
	25/08/03
	26/08/03
	27/08/03
	28/08/03
	29/08/03
	30/08/03
	31/08/03
	01/09/03
	02/09/03
	03/09/03
	04/09/03
	05/09/03
	06/09/03
	07/09/03
	08/09/03
	09/09/03
	10/09/03
	11/09/03
	12/09/03
	13/09/03
	14/09/03
	15/09/03
	16/09/03
	17/09/03
	18/09/03
	19/09/03
	20/09/03
	21/09/03
	22/09/03
	23/09/03
	24/09/03
	25/09/03
	26/09/03
	27/09/03
	28/09/03
	29/09/03
	30/09/03
	31/09/03
	01/10/03
	02/10/03
	03/10/03
	04/10/03
	05/10/03
	06/10/03
	07/10/03
	08/10/03
	09/10/03
	10/10/03
	11/10/03
	12/10/03
	13/10/03
	14/10/03
	15/10/03
	16/10/03
	17/10/03
	18/10/03
	19/10/03
	20/10/03
	21/10/03
	22/10/03
	23/10/03
	24/10/03
	25/10/03
	26/10/03
	27/10/03
	28/10/03
	29/10/03
	30/10/03
	31/10/03
	01/11/03
	02/11/03
	03/11/03
	04/11/03
	05/11/03
	06/11/03
	07/11/03
	08/11/03
	09/11/03
	10/11/03
	11/11/03
	12/11/03
	13/11/03
	14/11/03
	15/11/03
	16/11/03
	17/11/03
	18/11/03
	19/11/03
	20/11/03
	21/11/03
	22/11/03
	23/11/03
	24/11/03
	25/11/03
	26/11/03
	27/11/03
	28/11/03
	29/11/03
	30/11/03
	31/11/03
	01/12/03
	02/12/03
	03/12/03
	04/12/03
	05/12/03
	06/12/03
	07/12/03
	08/12/03
	09/12/03
	10/12/03
	11/12/03
	12/12/03
	13/12/03
	14/12/03
	15/12/03
	16/12/03
	17/12/03
	18/12/03
	19/12/03
	20/12/03
	21/12/03
	22/12/03
	23/12/03
	24/12/03
	25/12/03
	26/12/03
	27/12/03
	28/12/03
	29/12/03
	30/12/03
	31/12/03
	01/01/04
	02/01/04
	03/01/04
	04/01/04
	05/01/04
	06/01/04
	07/01/04
	08/01/04
	09/01/04
	10/01/04
	11/01/04
	12/01/04
	13/01/04
	14/01/04
	15/01/04
	16/01/04
	17/01/04
	18/01/04
	19/01/04
	20/01/04
	21/01/04
	22/01/04
	23/01/04
	24/01/04
	25/01/04
	26/01/04
	27/01/04
	28/01/04
	29/01/04
	30/01/04
	31/01/04
	01/02/04
	02/02/04
	03/02/04
	04/02/04
	05/02/04
	06/02/04
	07/02/04
	08/02/04
	09/02/04
	10/02/04
	11/02/04
	12/02/04
	13/02/04
	14/02/04
	15/02/04
	16/02/04
	17/02/04
	18/02/04
	19/02/04
	20/02/04
	21/02/04
	22/02/04
	23/02/04
	24/02/04
	25/02/04
	26/02/04
	27/02/04
	28/02/04
	29/02/04
	30/02/04
	31/02/04
	01/03/04
	02/03/04
	03/03/04
	04/03/04
	05/03/04
	06/03/04
	07/03/04
	08/03/04
	09/03/04
	10/03/04
	11/03/04
	12/03/04
	13/03/04
	14/03/04
	15/03/04
	16/03/04
	17/03/04
	18/03/04
	19/03/04
	20/03/04
	21/03/04
	22/03/04
	23/03/04
	24/03/04
	25/03/04
	26/03/04
	27/03/04
	28/03/04
	29/03/04
	30/03/04
	31/03/04
	01/04/04
	02/04/04
	03/04/04
	04/04/04
	05/04/04
	06/04/04
	07/04/04
	08/04/04
	09/04/04
	10/04/04
	11/04/04
	12/04/04
	13/04/04
	14/04/04
	15/04/04
	16/04/04
	17/04/04
	18/04/04
	19/04/04
	20/04/04
	21/04/04
	22/04/04
	23/04/04
	24/04/04
	25/04/04
	26/04/04
	27/04/04
	28/04/04
	29/04/04
	30/04/04
	31/04/04
	01/05/04
	02/05/04
	03/05/04
	04/05/04
	05/05/04
	06/05/04
	07/05/04
	08/05/04
	09/05/04
	10/05/04
	11/05/04
	12/05/04
	13/05/04
	14/05/04
	15/05/04
	16/05/04
	17/05/04
	18/05/04
	19/05/04
	20/05/04
	21/05/04
	22/05/04
	23/05/04
	24/05/04
	25/05/04
	26/05/04
	27/05/04
	28/05/04
	29/05/04
	30/05/04
	31/05/04
	01/06/04
	02/06/04
	03/06/04
	04/06/04
	05/06/04
	06/06/04
	07/06/04
	08/06/04
	09/06/04
	10/06/04
	11/06/04
	12/06/04
	13/06/04
	14/06/04
	15/06/04
	16/06/04
	17/06/04
	18/06/04
	19/06/04
	20/06/04
	21/06/04
	22/06/04
	23/06/04
	24/06/04
	25/06/04
	26/06/04
	27/06/04
	28/06/04
	29/06/04
	30/06/04
	31/06/04
	01/07/04
	02/07/04
	03/07/04
	04/07/04
	05/07/04
	06/07/04
	07/07/04
	08/07/04
	09/07/04
	10/07/04
	11/07/04
	12/07/04
	13/07/04

Aviso de Cirurgia : 60299  
Paciente : 129722  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 740  
Dt. Início : 18/10/2019 12:10  
Cid Pré-Operatório : L024  
Cid Pós-Operatório :

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0003 SALA 03

LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES  
SUS - INTERNACAO

Atendimento : 499923

Carteira :  
Idade : 22 Anos

VERD2-41  
Dt. Fim : 18/10/2019 12:35

ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO E ANTRAZ DO(S) MEMBRO(S)

Procedimento: 0415040035  
Convênio: 001  
Anestesia:

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO

### Equipe Médica

URGIAO 18882 JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES  
ESTESISTA 16619 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO POS OSTEOSSINTESE EM TIBIA DIREITA + ABSCESO EM REGIAO MEDIAL DA Perna  
INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA + LC + DC + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA  
OPERADOR: DR JOAO PAULO

1º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA

2º AUXILIAR: DR ICARO MOLIM

INSTRUMENTADOR: SALOME

ANESTESISTA: DRA LUAR

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

#### RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL  
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA MID

3. APOIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS

4. OBSERVADO TUMORAÇÃO EM REGIAO MEDIAL DA Perna DIREITO. FEITO INCISÃO LONGITUDINAL DE CERCA DE 10 CM NA ÁREA DE FLUTUAÇÃO DO ABSCESO. OBSERVADO SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA DE PLANOS PROFUNDO TENDO CONTINUIDADE COM FOCO DE FRATURA.  
LIMPEZA EXAUSTIVA COM 10000 ML SF 0,9%

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS  
COLETADO MATERIAL PARA CULTURA

5. APPLICADO DRENO ASPIRATIVO

9. SUTURA COM NYLON 2-0

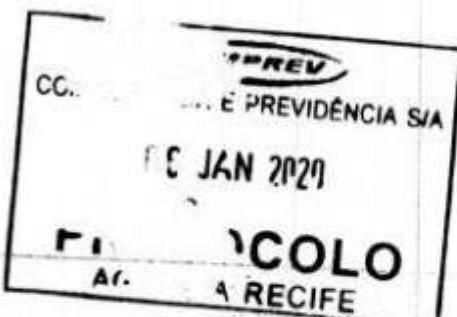
10. CURATIVO EM MID

11. BOA PERFUSÃO DISTAL EM MID

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

14 14 17



DR(A) : JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES  
CRM : 18882

Aviso de Cirurgia: 60418  
Paciente: 129722  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 84  
Dt. Início: 24/10/2019 11:50  
Cid Pré-Operatório: S822  
Cid Pós-Operatório: M869

Sala: 0003 SALA 03  
LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-514-LEITO 004  
Dt. Fim: 24/10/2019 12:25  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
OSTEOMIELITE NAO ESPECIFICADA

Atendimento: 499923  
Carteira:  
Idade: 22 Anos

Procedimento: 0415040035  
Convênio: 001  
Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO  
RAQUI ANESTESIA

### Equipe Médica

14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA  
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

### Descrição Cirúrgica:

### Descrição

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO INFECTADO EM Perna Direita PÓS-OSTEOSSÍTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA  
CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICOS + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA  
CIRURGIÃO: DR CRYTIAN PEDROSA  
1º AUXÍLIO: DR ÍCARO MÓLIM  
2º AUXÍLIO: DR MANOEL OLIVEIRA  
ANESTESISTA: DRA SYLVIA VILELA  
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

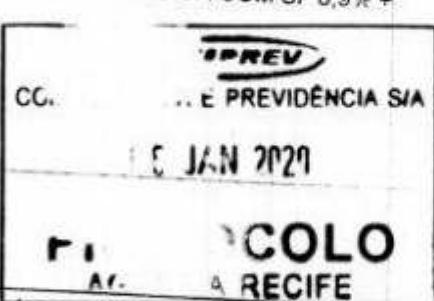
### RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO EM FACE ANTERIOR DA PERNAS DIREITA COM RETIRADA DE SUTURA PRÉVIA E VISUALIZADA DERADA QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROSA + LIMPEZA MECANO-CIRURGICA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE CICOS DESVITALIZADOS, FICANDO EXPOSTA ÁREA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO PRÓXIMO A TIBIA + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURAS (OSSO E PARTES MOLES);
5. ABCORDAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA DE PINO DE SCHANZ QUE APRESENTAVA SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA COM RETIRADA DE SUTURA PRÉVIA + CURETAGEM DO TRAJETO DO PINO + LIMPEZA MECANO-CIRURGICA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DAS BORDAS DA FERIDA;
6. LIMPEZA DO MEMBRO COM SF 0,9%;
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0;
8. CURATIVO ESTÉRIL COM ADAPTIC EM ÁREA EXPOSTA;

Achados Cirúrgicos:

### Descrição Complementar

Dr. Ícaro Molim de S. Ferreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 28560



DR(A): CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA  
CRM: 14313

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUIS FELIPE ANGELO DE MORAES

IDADE: 22

SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 16/10/19

REG: 129722

DATA DA ALTA: 30/10/19

### DIAGNÓSTICO:

- INFECÇÃO PÓS-OSTEOSSÍNTSE EM TÍBIA DIREITA
- ABSCESSO EM Perna DIREITA

### TRATAMENTO REALIZADO:

- 18/10/19 – DRENAGEM CIRÚRGICA + LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
- 24/10/19 – LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
- REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM;
- FAZER USO DE SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM POR 28 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(x) NÃO( )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

CC.

PREV  
... E PREVIDÊNCIA S/A

0 JAN 2020

COLO  
RECIFE

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Atendimento: 499923

Dt Atendimento: 17/10/2019 - 11:37  
Paciente: 129722

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

Dt Alta: 30/10/2019 - 16:32

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 84 ORTL-514-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

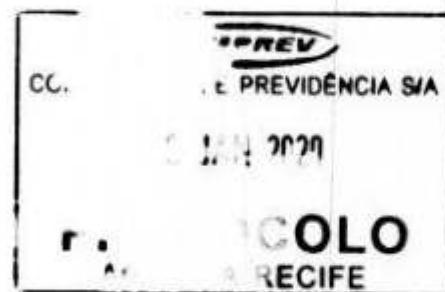
Usuário: EVAIROD

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
Nº: 9.427.539

DATA DE EXPEDIÇÃO: 22/03/2012

PIAGÃO:  
« LUIZ CARLOS ANDRÉ DE MORAES »  
« LUSIMARY ANGELO DE OLIVEIRA DE MORAES »

NATURALIDADE: OLINDA - PE

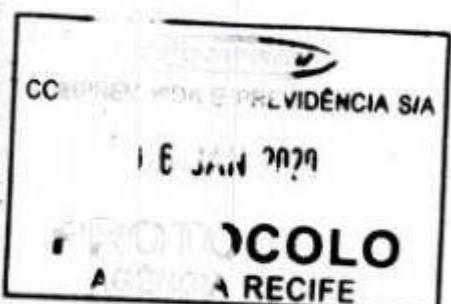
DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1997

DOC. ORIGEM: « CN 00099350-L 94-F 0162A-CART.DE  
OLINDA/PE.04/05/1997 »

202.048.214-79

FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEINºM16 DE 29/06/03

F-48-39.845 - 4621



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200044171      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES      **Data do acidente:** 24/09/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 30/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(DEBRIDAMENTO/FIXADOR EXTERNO /HASTE INTRAMEDULAR P.14,15)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200044171      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES      **Data do acidente:** 24/09/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(DEBRIDAMENTO/FIXADOR EXTERNO /HASTE INTRAMEDULAR P.14,15)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037042/20

**Vítima:** LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

**CPF:** 702.048.214-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/09/2019

**Titular do CPF:** LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES : 702.048.214-79**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020  
Nome: LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES  
CPF: 702.048.214-79

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

---

LUIS FELIPY ANGELO DE MORAES

---

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA