

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, 16 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200330277**

**Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 23/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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 Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200330277**

**Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 23/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), DAVID FEITOSA 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



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, 01 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200330277**

**Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 23/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 14 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200330277**      **Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 23/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DAVID FEITOSA 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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

**Recebedor: DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000006341-0**

**Conta: 0000013125-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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 ASI:

3 - CPF da vítima:

059.712.864-20

4 - Nome completo da vítima:

DAVID FELIPE SOUZA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

DAVID FELIPE SOUZA DOS SANTOS

6 - CPF:

059.712.864-20

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

V. ARRIBAL ALVESINA

9 - Número:

13

10 - Bairro:

ENB. MARAUAPÉ

11 - Cidade:

PONTALA

12 - Estado:

PE

13 - CEP:

53.423.560

14 - E-mail:

15 - Tel. (DDD):

(81) 98552-9424

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:

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.20 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)

CONTA POUPANÇA (sorvete para de banco abaixo. Apenas uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (641)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 821

4

conta: 71628

CONTA CORRENTE (titular da conta)

Nome do BANCO:

[Inserir 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 AusÉNCIA DE SALDO 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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prazo de 60 (sessenta) dias para apresentação do laudo do IML, concordando, desse jeito, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da validade 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 (ho IML)

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 companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tem filhos, informar vivos, falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(nascerá):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tem irmãos, informar vivos, falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer mentira 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

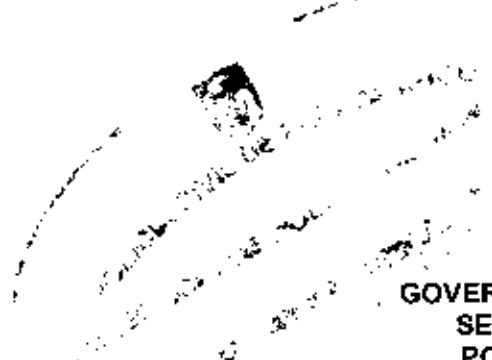
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife - 10 de Setembro de 2020

Geraldo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 032ª CIRCUNSCRICAO - ENGENHO MARANGUAPE - DP32ªCIRC

DIM/8ªDESEC

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0122000968

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2020 às 15:16**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 23/11/2019 às 17:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01, VIA PUBLICA** - Bairro: **ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50000000** - Ponto de Referência: **PROXIMIDADE DA IGREJA CATOLICA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
MARILEIDE MARIA SILVA ( NOTICIANTE )  
DAVID FEITOSA DOS SANTOS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**DAVID FEITOSA DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARILEIDE FEITOSA DOS SANTOS** Pai: **GILVAN FEITOSA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/10/1985** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6971831/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 81985529424**

Endereço Residencial: **RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13, QUADRA C-7 LOTE-13 - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A PADARIA PAN ERIKA**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO DECLARADO** Pai: **NAO DECLARADO** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARILEIDE MARIA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **CARMELITA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **EDINIZ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/4/1953** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **984636/SDS/PE (RG), 19751540453 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COZINHEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81984813659**

Endereço Residencial: **RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13, QUADRA C-7 LOTE-13 CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A PADARIA PAN ERIKA**

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

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

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

Descrição: **UM VEICULO TIPO ÔNIBUS DA EMPRESA DO RODOTUR**

Complemento / Observação

**INFORMOU A NOTICIANTE NO DIA, HORA E LOCAL JÁ DESCritos EM TELA QUE, A VITIMA IRIA A TRAVESSAR A CITADA AVENIDA; QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO EM QUESTÃO. INFORMA AINDA A NOTICIANTE QUE O AUTOR AGENTE, NÃO PRESTOU SOCORROS, E SE AUSENTOU DO LOCAL. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE GEROU A OCORRÊNCIA DE N° S-712089 DATADO DO DIA, 23/11/2019 ÀS 17:35 HORAS, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE GEROU O CÓDIGO DE ATENDIMENTO N° 505361. ENCERRO O EXPOSTO FATO DELEGACIA DO JANGA**

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

*Gorisl*  
**DAVID FEITOSA DOS SANTOS**  
(VITIMA)

**MARILEIDE MARIA SILVA**  
(NOTICIANTE)

*Marileide Maria Silva* *Elidio Lages*  
B.O. registrado por: **JOSE ELIDIO DE SOUZA LAGES** - Matrícula: **3848051**  
(Liberado em **09/09/2020 às 15:57**)

*DELEGACIA DO JANGA*

# 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

059.712.864-20

4 - Nome completo da vítima:

DAVID FELIPE SOUZA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

DAVID FELIPE SOUZA DOS SANTOS

6 - CPF:

059.712.864-20

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

V. ARRIBAL ALVESINA

9 - Número:

13

10 - Bairro:

ENB. MARAUAPÉ

11 - Cidade:

PAULISTA

12 - Estado:

PE

13 - CEP:

53.423.560

14 - E-mail:

(81) 98552-9424

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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)

CONTA POUPANÇA (sorvete para de bônus aberto. Atende uma das opções)

Bradesco (237)

Itaú (941)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 821

4

conta: 71628

CONTA CORRENTE (faz de tudo)

Nome do BANCO:

[Inserir 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 AVISÉRIA DE CAUZO 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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prazo de 60 (sessenta) dias para a apresentação do laudo do IML, concordando, desse jeito, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da validade 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 (ho IML)  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 companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim

29 - Se tem filhos, informar

30 - Vítima deixou

nascituro(nascidos)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tem filhos, informar

Vivos:  Falecidos:  Sim

33 - Vítima deixou

pais/vôos vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer manutenção 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife - 10 de Setembro de 2020

Geraldo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA DA CIDADE DO PAULISTA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 06.07.2020.  
EM: 30.07.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **DAVID FEITOSA DOS SANTOS**,  
**RG Nº 6.971.831 SDS - PE, CPF Nº 059.712.864-20**, declaramos que  
baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 712089** do dia **23 de novembro de  
2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –  
SAMU Paulista, por volta das 17hs e 35min, vítima atropelamento, na Rodovia  
PE - 022, S/N, Engenho Maranguape – Paulista, nas proximidades da igreja  
Católica, sendo em seguida removido para o hospital Miguel Arraes.

*Carlos Augusto Sampaio*  
M.A.T 039104  
**Carlos Augusto Sampaio**  
Coordenador  
SAMU-Paulista

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06341-0

CONTA: 000000013125-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO9102020050000000002370634100000013125472500 PAGO

## 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



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  
Ouvíndia 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

<b>DADOS DO CLIENTE</b> MARIA NATALIA DOS SANTOS MCID005P02 CPF: 100.018.344-01	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>31/08/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>17/08/2020</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007027089075</b>
	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>24/08/2020</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2016230710</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA ARI STA C OLIVEIRA 13 --A ENGENHO MARANGUAPE/JANGA 53423-560 PAULISTA PE	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>120436529</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>A9F7.FBC6.8FA7.05BA.2EB3.332E.9E05.83CB</b>		

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,00	0,34426334	10,32					
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,00	0,26758282	8,02					
Cartão de Todos - 0800-283-8916			23,10					
Compensação DMIC 06/20			0,06-					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>41,38</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<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
0,00		0,00	18,34	1,09	0,19	18,34	5,04	0,92

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32316000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118000

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

		kWh	
AGO	20		30
JUL	20		30
JUN	20		30
MAI	20		30
ABR	20		30
MAR	20		69
FEV	20		30
JAN	20		39
DEZ	19		41
NOV	19		36
OUT	19		30
SET	19		30
AGO	19		81

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003171359367	CAT	15/07/2020	1.255,00	17/08/2020	1.283,00	33	1.00000 0,00 28,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/09/2020							

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	PAU AMARELO	3,20	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,20	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,69					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

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

CONTA CONTRATO <b>007027089075</b>	MÊS/ANO <b>08/2020</b>	TOTAL A PAGAR(R\$) <b>0,00</b>	VENCIMENTO <b>31/08/2020</b>	TALÃO DE PAGAMENTO  Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CEP RECIFE PL 101  
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA  
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A  
VARZEA  
50970-230 RECIFE PE  
  
72 0803 6539 52105 00000000586 3 0 270520

Vencimento: 04/06/2020  
Postagem: 27/05/2020

Página 1 de 2

Date de Vencimento	Total da Fatura R\$
04/06/2020	1.297,70
Parcelamento de Fatura R\$	
Entrada 10,00	+ 24 x 121,28
148,37	
Parcelado	
	Maior / 2020
Total do Financiamento	
	2.911,13
	CET Anual 149,10%

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 24/06/2020

**Minhas Informações**

Pagamento de fatura: Opte sempre pelo pagamento total da fatura. Em caso de imprevistos, você poderá utilizar o Crédito Rotativo. Dessa forma, se o pagamento for entre o mínimo estipulado e inferior ao valor total, haverá cobrança de juros remuneratórios incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago de até R\$ 159,75. Caso o pagamento realizado seja inferior ao mínimo estipulado ou não seja efetivado pagamento de qualquer valor, haverá adicionalmente incidência de juros de mora e multa.

Parcelamento Fácil (automático): Caso o cliente não realize pagamento ou se já houve opção pelo crédito rotativo no mês anterior e o pagamento dessa fatura for inferior ao valor total, o saldo remanescente desse mês será parcelado em até 24 vezes desde que o pagamento seja igual ou superior ao valor mínimo, com parcela mínima de R\$ 20,00, podendo o cliente optar por outras condições de parcelamento por meio do Central de Atendimento ao Cliente ou no Internet Banking Correntistas Bradesco ([www.bradesco.com.br](http://www.bradesco.com.br)). IOF isento de 09 de abr à 03 de jul/2020, exceto para transações internacionais, conforme Decreto 10.305/2020.

Número do Cartão	Límite de Crédito Total R\$	Límite de Saque R\$	Límite Disponível em R\$
4551 XXXX XXXX 8901	1.310,00	524,00	12,30

Data Histórico de Largamento	Cidade	UF	Cotização do Dólar	R\$
05/05 PAG SOLETO BANCARIO	RECIFE	PE	351,75	
05/05 PAG BOLETO BANCARIO	RECIFE	PE	683,71	
25/05 ENCARGOS DE ATUALIZA	SAO PAULO	SP	3,71	
25/05 ENCARGOS DE ROTATIVO	RECIFE	PE	2,25	
<b>FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA</b>	<b>Cartão 4551 XXXX XXXX 8901</b>			
06/04 JOSE MATIAS NETO MER02/02	RECIFE	PE	107,34	
01/05 JOSE MATIAS NETO MER	RECIFE	PE	13,88	
03/05 UberBR UBER TRIP HELP.UBE	SAO PAULO	SP	4,93	
07/05 PAC*WanderlannyVieira	RECIFE	PE	133,00	
08/05 PAC*Panificadora	RECIFE	PE	30,00	
08/05 KJ GALET	RECIFE	PE	23,00	
08/05 PAGOLIVRE *ESPLASE10	BARUERI	SP	159,86	
09/05 BCI QUENTAO	RECIFE	PE	70,32	
10/05 UberBR UBER TRIP HELP.UBE	SAO PAULO	SP	7,57	
11/05 food *FOOD	OSASCO	SP	15,50	
11/05 MERCADOPAGO *MADPIZZA	Osasco	SP	49,00	

**A FALTA DE PAGAMENTO OU PAGAMENTO ABALDO DO MÍNIMO DA FATURA ACARRETARA A COBRANÇA DE IOF, JUROS DE MORA 1% A.M., MULTA 2% E JUROS REMUNERATÓRIOS DO: (I) PARCELAMENTO DE FATURA E/OU PARCELAMENTO FÁCIL APLICADOS SOBRE O VALOR DAS PARCELAS VENCIDAS, E/OU (II) CRÉDITO ROTATIVO SOBRE OS DEMAIS VALORES.**

**A PARTIR DA SUA PRÓXIMA FATURA, O VALOR PARA PAGAMENTO MÍNIMO PASSA A SER A PARTIR DE 5% DO VALOR TOTAL DA FATURA.**

<b>Bradesco</b>	<b>237-2</b>	<b>23794.15009 90020.544905 17000.211403 2 0000000000000000</b>	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Identificação/INSCRIÇÃO			
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 058.639.994-55 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A. VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230			
Sacado/Avalista:			
Número Número: 020205449017-3 Número Documento: 020205449017-3 Data de Vencimento: 04/06/2020 Valor do Documento: R\$ 1.297,70 (+) Valor Pago:			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Identificação Banco Bradesco S/A - CNPJ 50.748.948.0001-12 - Núcleo Cidade de Deus, S/N - Prédio Praia - 4º Andar - Vila York - CEP 05029-900 - Osasco - SP Agência/Código do Beneficiário: 4150-5 / 0002114-8 Autenticação Mecânica			

<b>Bradesco</b>	<b>237-2</b>	<b>23794.15009 90020.544905 17000.211403 2 0000000000000000</b>	
Local de Pagamento <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO</b>			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Identificação Banco Bradesco S/A - CNPJ 50.748.948.0001-12 - Núcleo Cidade de Deus, S/N - Prédio Praia - 4º Andar - Vila York - CEP 05029-900 - Osasco - SP			
Data do Documento: 25/05/2020 N.º do Documento: 0020205449017-3 Especificação CCC: RECEBO Acreite: N Date Processamento: 25/05/2020			
Uso do Banco: Banco Carteira Especifica: R\$ Quantidade: a Valor			
Informações de responsabilidade do beneficiário Os encargos de pagamento rotativo ou de atraso, serão cobrados na próxima fatura. Pagamento em cheque será considerado liquidado somente após a sua compensação. Sr. Celso, não receber este boleto após 15 dias do vencimento			
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Identificação/INSCRIÇÃO FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 058.639.994-55 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A. VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230			
Sacado/Avale:			

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200330277      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAVID FEITOSA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 23/11/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de femur distal esquerdo, fratura bimaleolar esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico, osteossíntese das fratura, fez fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado em membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 24/09/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em membro inferior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

**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: **3200330277**

Nome do(a) Examinado(a): **DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Ari Santa Cruz de Oliveira, 13, , Paulista/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / Não Informado**

Data e local do acidente: **23/11/2019 - Paulista/PE**

Data e local do exame: **24/09/2020 - Recife/PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**fratura de femur distal esquerdo, fratura bimaleolar esquerda.**

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

**osteossíntese das fratura, fez fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.**

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

**Sim**

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

**Sim**

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

**limitação de grau medio de membro inferior esquerdo, com bloqueio e deformidade de tornozelo esquerdo.**

**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"

(**)** "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.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Leonardo Neves  
Médico  
CRM 17 742



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

Pode ainda : esclarecimentos,虞ese 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 a prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4822-1586 / Outras regiões: 0800 922 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 31 03 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 922 12 06 | Central Ovni/Orla: 0800 023 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?ID=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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, SEM PÔR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILEGITIMAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**DAVID FEITOSA DOS SANTOS** Inscrito (a) no CPF sob o N° **059.712.864** / **20**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVÁLIDEZ** da Vítima **DAVID FEITOSA DOS SANTOS**

Inscrito (a) no CPF sob o N° **059.712.864** / **20** conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ \* Apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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. 209 do Código Penal.

Endereço: <b>RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS</b>	Número: <b>233</b>	Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>VARZEA</b>	Cidade: <b>RECIFE</b>	Estado: <b>PE</b>
Email: <b>fernandabrandao2013@gmail.com</b>	CEP: <b>50.870-230</b>	Tel.(DDD): <b>81 98652-9424 / 81 98472-7858</b>

Local e Data: **RECIFE 10 SETEMBRO 2020**

Assinatura do Declarante

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 23/11/2019 18:22

## PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente: DAVID FEITOSA DOS SANTOS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 25/03/1988  
Sexo: Masculino  
Idade: 33 anos  
Senha: 0030  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 23/11/2019 18:37 - 23/11/2019 18:40

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 1 HS  
APRESENTA ESCORIAÇÕES EM HM E F REFERE DOR  
SONOLENTO;  
RELATA DOR EM MID.,

Observação: TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 74,00 BPM  
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 97,00 %

- Pressão Arterial: 110x70 mmHg  
- Freq. Respiratória: 14  
- Peso: 74,00 Kg

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) , Não ( )

Local: ANDRADE OLIVEIRA  
COREN: 386426-ENF

Enfermeiro

RECEBIDO  
RECEPÇÃO

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 23/11/2019 18:40

Nome do Acolhimento e sua Classificação de Risco

Atendimento: 505266

Senha da Classificação:

Data e Hora: 23/11/2019 18:45

Paciente: 131617 DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/03/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARILEIDE MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA --

13

Bairro: ENGENHO MARANHÃO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MINICARREIRA

#### Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

#### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 18:45

#### Queixa Principal

*Presente ultima de arrependimento de cirurgia. (Tomotomo de hérnia)*  
*sem dor. Reparar de cirurgia feita anteriormente. Tudo bem.*  
*Na fachada mexicano-americano em 2000. Pode recuperar. Ca patologica. Pode ser complicado.*

*Não temos os resultados.*

#### Exame Físico

*O = 105 batimentos/min (lado esquerdo).*

*R = 14140 mmHg (apical) - 482 mmHg. SE = 7784 - .*

*L = P2 > A2 + m. Trab. CC = 940m. PI = 1720 & 10 mmHg. Duração normal.*

*O = G6 - 179. Pulsos normais. Arterias. Círculo pulmonar.*

*Fixa 1200 mmHg. 1700 - 4*

*Arterias pulmonares 4000*

*PI = 1720 & 10 mmHg.*

#### Hipótese Diagnóstico

*1 - Cardiog.*

#### Prescrição Médica

*1 - TC DE 1040 + 1041 + 1720 + 10 mmHg.*

*2 - Myocardiografia.*

*3 - USG. CTCP.*

*U. + ondas*  
*onda de alta intensidade + ondas*  
*tele*

#### Assinatura e Carimbo/Médico

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

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

Encaminhado ao setor de Internação

Aviso de Cirurgia : 61282  
Paciente : 131617  
Convênio Atend.: 1  
Leito : 70  
Dt. Início : 02/12/2019 17:08  
Id. Pré-Operatório : S825  
Id. Pós-Operatório : S825

Sala : 0001 SALA 01  
DAVID FEITOSA DOS SANTOS  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-511-LEITO 002  
Dt. Fim : 02/12/2019 18:38  
FRATURA DO MALEOLO MEDIAL  
FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Atendimento : 605361  
Carciru :  
Idade : 33 Anos

Procedimento: 0408050594  
Convênio: 001  
Anestesia: 00

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO HISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO  
RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO : 13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES  
ANESTESISTA : 2380 GENÉSIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

**Descrição Cirúrgica :**  
DIAGNÓSTICO: FERIMENTO INFECTADO EM FACE MEDIAL DO TORNozELO ESQUERDO SECUNDÁRIO A FRATURA DO  
MALEOLO MEDIAL  
CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRURGICOS + FIXAÇÃO EXTERNA DE TORNozELO ESQUERDO  
CIRURGIÃO: DR FRANCISCO COUTO  
1º AUXÍLIO: DR ICARO MOLIM  
ANESTESISTA: DR GENÉSIO GOMES  
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

#### RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DOR SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSÉPSIA E ANTISÉPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS;
4. IDENTIFICADO FERIMENTO INFECTADO NA FACE MEDIAL DO TORNozELO ESQUERDO COM ODOR FÉTIDO E SAIDA DE  
EXCREÇÃO PURULENTA
5. REALIZADO DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUVESTIVA MFGANOCIRURGICA COM SF 0,9%
7. COLETA DE MATERIAL DE PARTES MOLES PARA CULTURA
8. FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNozELO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO LINEAR FM MONTAGEM TUBO-  
A-TUBO
9. CURATIVO COM ADAPTIC PARA COBERTURA DE FALHA DE COBERTURA CUTÂNEA
10. BOA PERFUSÃO DISTAL FM MIE

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

Dr. Icaro Molim de S. Pereira  
Ortoped/ Traumatologista  
CRM 26560 PR

12/12/19  
CLAUDIO VAN SOUSA  
FATURISTA

DR(A) : FRANCISCO RAFAEL DU COUTO SOARES  
CRM : 13246



Atendimento: 506361

Dt Atendimento: 24/11/2019 - 18:46

Dt Alta: 04/12/2019 - 15:01

Paciente: 131817

DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL 611-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MF HORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

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

Observação de Alta

ALYNE KARMEM DE LIMA BARBOZA

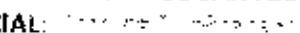
Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR E ESCOLARIZAMENTO

NOME: DAVID FEITOS DOS SANTOS

DATA NASC.: 25/03/1986

NOME SOCIAL: 

REC: 101647

IDADE:  SEXO: 

DATA DA ADMISSÃO: [Cama-Ratos]

DATA DA ALTA: 4/12/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CONDILIO FEMURAL LATERAL ESQ + FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQ + FERIMENTO EXTERNO INFECTADO DO TORNOZELO ESQ

### TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA DO TORNOZELO ESQ

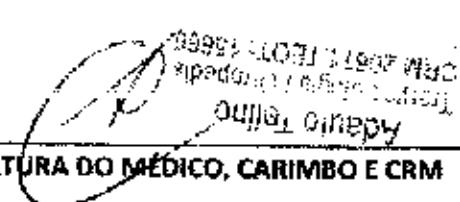
### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO SÉRIO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- FAZER USO DE AAS OU RIVAROXABANA POR 35 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() NÃO()

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

  
Assinatura do Médico, Carimbo e CRM

**HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES****PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 06/12/2019 09:16

	Nome Paciente: DAVID FEITOSA DOS SANTOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	10/10/1985
Sexo:	Masculino
Idade:	34 anos
Senha:	0014
Convenção:	-
Atendimento:	SAME

Período: 06/12/2019 09:28 - 06/12/2019 09:33

**JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO**

Prioridade:

VERDE

Cor:

Queixa Principal: PACIENTE RETORNA PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Discriminador(es):

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 0.00 BPM

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não (X)

Local.....

John Santos  
comunicação

REGISTRADO  
HMA

Assistido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/12/2019 09:33

Página 1 de 1



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNFS

6431569

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNFS

6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

DAVID FEITOZA DOS SANTOS

6 - NP/Penturano

131817

7 - Cárdo Nacional do SUS

203197087180009

8 - Data de Nascimento

25/03/1986

9 - Sexo

Masculino

Feminino

10 - Raça/Cor

03 - Parda

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe

MARILEIDE MARIA DA SILVA

12 - Telefone da Comun.

8198740971

13 - Nome Responsável

MARILEIDE MARIA DA SILVA

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)

RUA SRI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13 - ENGENHO MARANGUAPE

16 - Município

PAULISTA

17 - INGR

261070

18 - UF

PE

19 - CEP

53423370

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sintomas e Sintomas Clínicos  
 PACIENTE DE 34 ANOS SEXO MASCULINO FM POS OP DE FERIMENTO INFECTADO EM TORNozELO ESQUERDO + FRACTURA BIMALEOLAR DE TIZZ ESQUIERDO  
 FRACTURA EXTERNA DIA 02/12 E FRACTURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO (NOITA). MAE DO PACIENTE REFERE QUE O MESMO, PELA  
 FALCA DE BASE (PSIQUIATRICO) PISA NO CHAO A DESPEITO DAS ORIENTACOES E TEVE EPISODIO DE QUEDA EVOLUINDO COM DOR FM JOELHO  
 E TORNozELO ESQUERDO.  
 AO EXAME FM G DIFERENTE CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL  
 MIE - FERIMENTO EM REGIAO MEDIAL DO TORNozELO SEM SAIDA DE SECREOAO PURULENTA

21 - Condições que justificam a Internação  
**ASMA**

22 - Proced. - Resultados de Provas Diagnósticas  
**EXAME CLINICO E RADIOLÓGICO**

23 - Diagnóstico Principal / Código

**FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA**

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Asociadas

8725  
5724W189  
WJ89

0408050588

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

28 - Código do Procedimento

0419020089

## PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

L-Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Cartão de Atendimento

31 - Documento

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980015278437533

Nº do Profissional Solicitante/Assistente

34 - Pela de Solangean

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16339

**SORMANE DE CARVALHO BRITTO**

08/12/2019

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

36 - ( ) Acid. de uso Trabalho

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Boleto

37 - ( ) Acid. Trabalho Tipico

42 - CNPJ/Empresa

43 - CNPJ / Empresa

44 - CNPQ

38 - ( ) Acid Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Número do Profissional Autorizado

47 - Cod. Órgão Emissor

E260000001

62 - Nº de Autorização da Informação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

TETTO

RODRIGO I COUTO

15/08/2019

CRM-PB

15666

CRM-PB

Aviso de Cirurgia: 61478  
Paciente: 131617  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 72  
Dt. Início: 10/12/2019 08:30  
Dt. Fim: 10/12/2019 09:50  
Cid Pré Operatório: S724  
Cid Pós Operatório: S724

Sala: 0003 SALA 03  
DAVID HEITOSA DOS SANTOS  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-511-LEITO 004  
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR  
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

Atendimento: 507242  
Carteira:  
Idade: 33 Anos

Procedimento: 0408050594 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTLNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIA: 18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS  
ESTESIA: 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA CORONAL POSTERIOR DO CÔNDILO FEMORAL LATERAL, ESQUERDO (AO: 33B3.2)

CONDUTA: RAFI COM PARAFUSOS DE TRAÇÃO TIPO HEBERT

CIRURGIA: DR FILIPE BELFORT

1º AUXILIAR: DR KARO MOLIM

ANESTESIA: DRA MARIA DA CONCEIÇÃO

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO:

1. PACIENTE EM UDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA OC MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL NO JOELHO ESQUERDO
5. DIVULSAO POR PLANOS E ARTROTOMIA LATERAL DO JOELHO ESQUERDO
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
7. REALIZADA DUÇÃO CRUENTA COM AUXILIO DE FIO K Nº 2,0 E MANUTENÇÃO DA MESMA COM 01 FIO K Nº 2,0
8. FIXAÇÃO DA FRATURA UTILIZANDO 2 PARAFUSOS DE TRAÇÃO CANULADOS 4,5MM TIPO HEBERT
9. LIMPIDA COM SF 0,9%
10. SUTURA POR PLANOS COM FECHAMENTO DA CAPSULA ARTICULAR
11. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

SATURADO  
16/12/19  
CLAUDIO VIAN SCUSA  
SATURADO

Descrição Complementar

DR(A) FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS  
CRM: 18099

DR(A): FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS  
CRM: 18099



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS  
NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

DATA NASC.: 25/03/86  
REG:131617

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
06/12/2019 11:00	<p>PACIENTE 33 ANOS SEXO MASCULINO EM POS OP DE FERIMENTO INFECTADO EM TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA BIMALEOLOAR DE TNZ ESQUERDO FEITO FIXAÇÃO EXTERNA DIA 02/12 E FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO (HOFFA) . MAE DO PACIENTE REFERE QUE O MESMO , PELA DOENÇA DE BASE (PSIQUIATRICO) PISA NO CHAO A DESPEITO DAS ORIENTAÇÕES E TEVE EPISÓDIO DE QUEDA EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO . APRESENTA DISTURBIO PSIQUIATRICO (NÃO SABENDO ESPECIFICAR ) EM USO CLONAZEPAM, HALOPERIDOL, PROMETAZINA,CLORPROMAZINA E LEVOMEPPROMAZINA . NEGA ALERGIAS E OUTRAS COMORBIDADES .</p> <p>AO EXAME: BEG DESORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL MIE - FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DO TORNOZELO SEM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO SEM SINAIS DE SOLTURA NV + DOR AO MOBILIZAR JOELHO , EDEMA 2+4+ , SEM LESÃO DE PELE</p> <p>RX - OBSERVADO DESVIO DA FRATURA DE FEMUR DISTAL</p> <p>HD: FERIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO POS OP DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TORNOZELO FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO (HOFFA)</p> <p><i>anil lot 9 14/11 ferimento ligeiro (desvio) 400 gramos LOTE ap desferro - fer AG 3 = F.</i></p>



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Intensiva  
Prof. Flávio Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

DATA NASC.: 25/03/86

NOME SOCIAL: (Data de Publicação)

REG:[Categoria]

IDADE: 33 SEXO: M

DATA DA ALTA: 11/12/19

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ

### TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSSÍTESE COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 4.5

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERRÉO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM CARGA NO MEMBRO OPERADO;
- 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 OU FALTA DE AR.

### EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL : BOM

FERIDA OPERATÓRIA: OK

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

Adelio Telino  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM 20671 TEOT: 15886

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Atendimento: 507242

Dt Atendimento: 06/12/2019 - 17:26

Dt Alta: 12/12/2019 - 03:54

Paciente: 131617 DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Lito: 72 ORTL-511-LEITO 004 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: IRACEMASMS

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA FM 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



MIGUEL ÁRRAES



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

DATA NASC.: 25/03/90

NOME SOCIAL: David de Paulista

REG.(Categoria)

IDADE: 33 SEXO:M

DATA DA ALTA: 11/12/19

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 4.5

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRICO DAS SECUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DQBRAR O JOELHO E MTFXFR O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM CARGA;
- 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 OU FALTA DE AR.

### **EXAME FÍSICO:**

ESTADO GERAL: BOM

FERIDA OPERATÓRIA: OK

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DÉFICIT NEUROLOGICO.

Assinatura do Médico, Carimbo e CRM

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

**NOME:** DAVID FEITOSA DOS SANTOS

**DATA NASC.:** 25/03/86

**NOME SOCIAL:** [Data de Publicação]

**REG:[Categoria]**

**IDADE:** 33    **SEXO:**M

**DATA DA ADMISSÃO:**06/12/19

**DATA DA ALTA:** 11/12/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ.

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 4.5

### **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 TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEFAMPUJAR COM USO DE 02 MIFTAS SEM CARGA;
- 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 OU FALTA DE AR.

### **EXAME FÍSICO:**

**ESTADO GERAL :** BOM

**FERIDA OPERATÓRIA:** OK

**MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.**

Adauto Belino  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM 29971 TEOTI 16666

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



## **ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

David Fávero dos Santos foi atendido (a) neste dia 24/11/19 no Serviço de ...

**MENTO**

ASCI 25/03/1985

1617

AALTA: 4/22/19

Necessitado de \_\_\_\_\_ dias de atrasamento de suas atividades, no trabalho ou escola?

Estando apto para voltar ao trabalho

TORNOZELLO ESG +

#### Common misconceptions

PRIOS, NO TÉRREO DAS

#### **Outros:**

## RE ONDE REALIZAR

## **SERMELHIDÃO NA R IMPORTANTE**

Paulista, 04 de 12 de 2014

Médiens

**ASSINATURA DO MÉDICO CABIMBO E CRAN**



## RECEITUÁRIO

Dra. D. Ferreira dos Santos

Paciente no 10º DPO de  
fratura com deslocamento de  
fêmur de fêmur -  
anterior medial esquerdo.

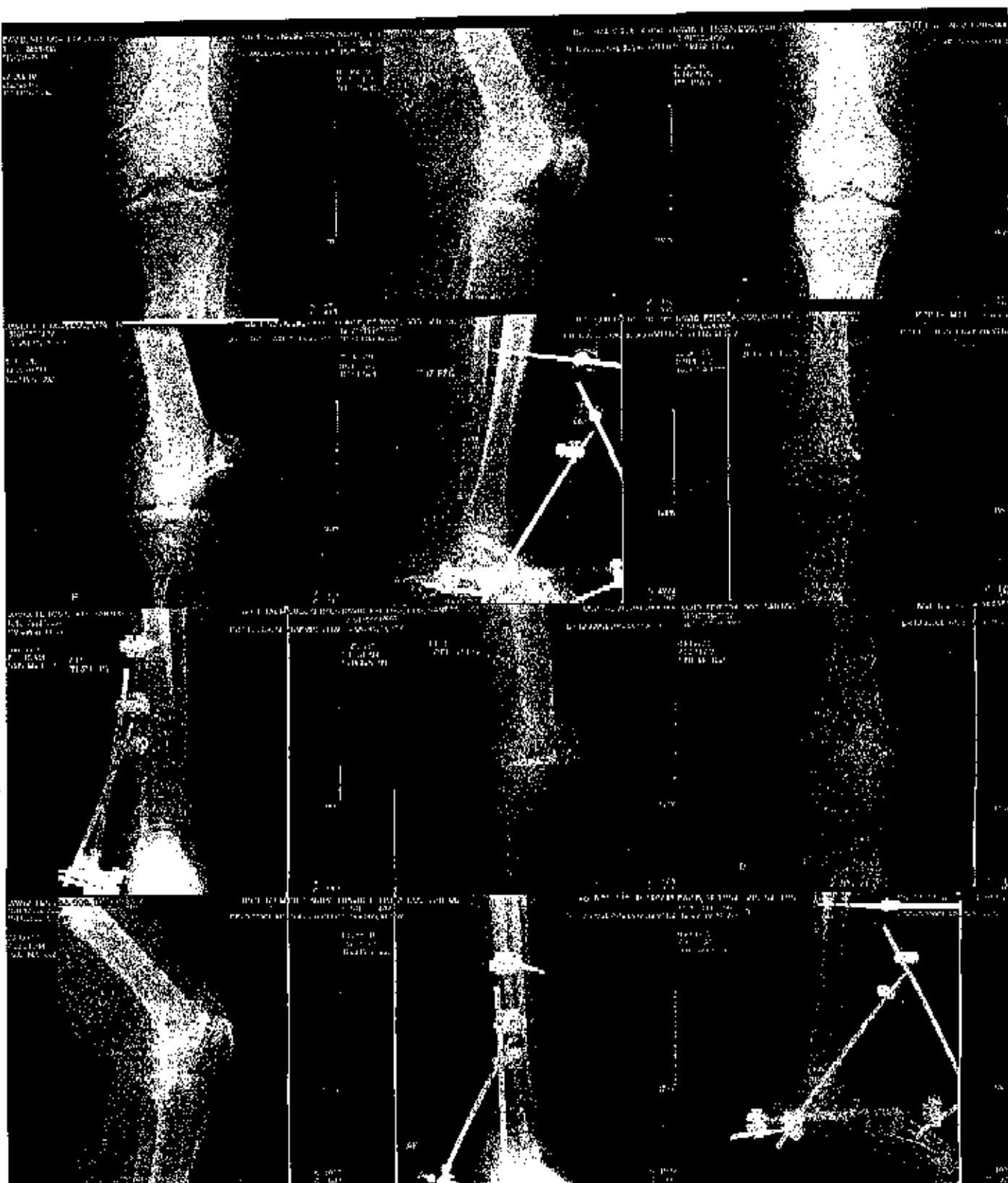
Este paciente nasceu  
com criptorquia bilateral  
e excreta FC de jacto

1º) Fratura de fêmur -  
e aneliose medial E

2º) Afundamento pro  
nventado das

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

522, 522 - 2011/19



Serviços de Radiologia  
Raio X  
Tomografia  
Tomografia  
ultrassom e  
Resonância Magnética

Rua da Boa Vista 4/N, Lagoa da Paudinha, Paulista-PE, CEP: 55.403-000 •  
FAX: 81-8181-9600/FAX: 3281-9617



[hma.mio.org.br](http://hma.mio.org.br)

DAVID FEITOSA DOS SANTOS

131617

10 Oct 1985, M, 34Y

26-Nov-2019

16.58.20.93

602 IMA 1

VRT

HPL

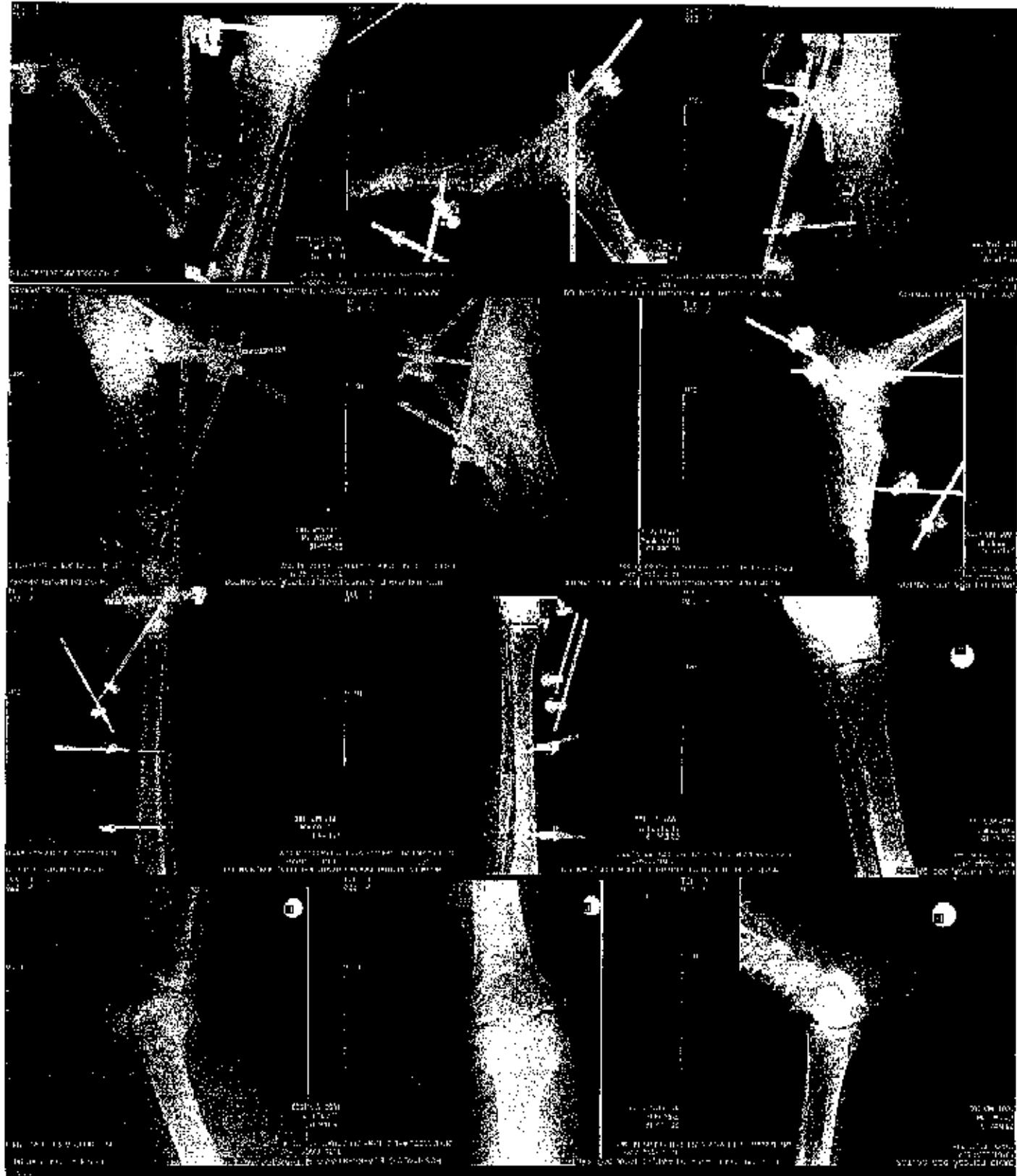
HMA  
Emotion 16 (2010)  
CT 2014A

Spin: -8  
Tilt: 3

RAH

www.timelab.it  
www.timelab.it  
www.timelab.it  
www.timelab.it  
www.timelab.it

www.timelab.it  
www.timelab.it  
www.timelab.it  
www.timelab.it  
www.timelab.it



JOELHO ESQ

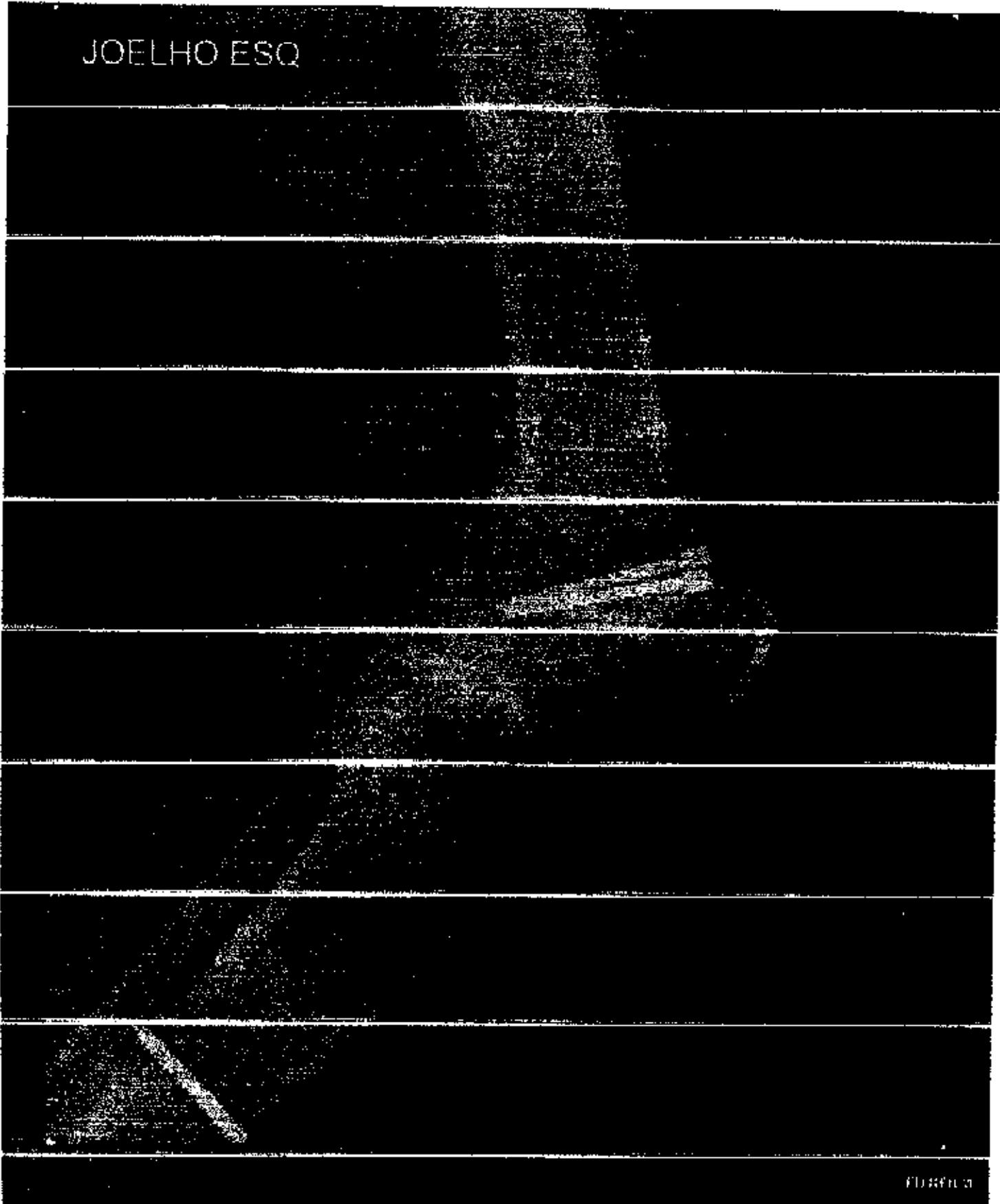


Foto: Afonso

Serviços de imagem:  
Rádio X  
Tomografia  
Endoscopia  
Ultrassonografia  
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaripe, Paulista-PE. CEP: 53.413-000 -  
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

 [hima.lmhp.org.br](http://hima.lmhp.org.br)



PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

TINZ ESC

FUDENIM

Serviço de Imagens:  
Raio X  
Tomografia  
Cintilografia  
Ultra-somografia  
Eletrocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -  
FAX: 81-2181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imep.org.br



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

JOELHO ESQ

FOTOFLUX

Serviço de Imagem:  
Raio X  
Tomografia  
Endoscopia  
Ultrasonografia  
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -  
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



[hma.imip.org.br](http://hma.imip.org.br)

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNR

6431569

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

DAVID FEITOZA DOS SANTOS

7 - Cartão Nacional do SUS

20319708/180009

8 - Data de Nascimento

25/03/1988

9 - Sexo

(X) Masculino

10 - Raça Cór

03 - Parda

8 - Nº Prontuário

131817

11 - Nome da Mãe

MARILEIDE MARIA DA SILVA

13 - Nome Responsável

DE JAILSON FRANCISCO

15 - Endereço (Rua, N°, Bloco)

RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13 - ENGENHO MARANGUAPÉ

16 - Município

PAULISTA

17 - IBGE

261079

18 - UF

PF

19 - CFP

63423370

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Sinais e Sintomas Clínicos  
 2 - Vítima de Autopeleamento (tentativa de suicídio), portador de Distúrbio Psiquiátrico relatando dor em todo o membro inferior.  
 3 - RPO

21 - Condições que justificam a Internação  
**TREATAMENTO CIRÚRGICO**

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

23 - Diagnóstico Principal / Código

**FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR**

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Outras Acomodadas

5728  
5825W199  
X824

04.08.05.057.8

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

0408060594

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FÍSÁRIA AO NÍVEL DO JOelho**

29 - Especialidade

**CIRÚRGICA**

30 - Caráter de Admitimento

2

31 - Documento

(X) CNS / ( ) CPF

32 - Nº do Profissional (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Auxiliante

98001629005258

33 - Nome do Profissional Solicitante/Auxiliante

ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

34 - Data da Solicitação

27/11/2019

35 - Assentado / Visitante (Nº de Registro no Conselho)

CRM/Medico  
PE 222

18787

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Sílhuete

41 - Série

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

74 - CODIN

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetô

45 - Vínculo com a Previdência

46 - Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

47 - Nome do Profissional Autorizado

48 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

E260000001

49 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

50 - Documento

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

52 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

53 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

54 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

55 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

56 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

57 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

58 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

59 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

60 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

61 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

62 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

63 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

64 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

65 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

66 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

67 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

68 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

69 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

70 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

71 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

72 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

73 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

74 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

75 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

76 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

77 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

78 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

79 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

80 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

81 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

82 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

83 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

84 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

85 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

86 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

87 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

88 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

89 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

90 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

91 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

92 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

93 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

94 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

95 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

96 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

97 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

98 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

99 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

100 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

101 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

102 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

103 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

104 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

105 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

106 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

107 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

108 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

109 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

110 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

111 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

112 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

113 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

114 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

115 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

116 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

117 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

118 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

119 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

120 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

121 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

122 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

123 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

124 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

125 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

126 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

127 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

128 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

129 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

130 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

131 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

132 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

133 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

134 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

135 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

136 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

137 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

138 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

139 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

140 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

141 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

142 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

143 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

144 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

145 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

146 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

147 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

148 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

149 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

150 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

151 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

152 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

153 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

154 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

155 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

156 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

157 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

158 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

159 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

160 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

161 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

162 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

163 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

164 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

165 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

166 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

167 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

168 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

169 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

170 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

171 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

172 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

173 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

174 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

175 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

176 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

177 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

178 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

179 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

180 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

181 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

182 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

183 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

184 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

185 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

186 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

187 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

188 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

189 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

190 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

191 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

192 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

193 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

194 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

195 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

196 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

197 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

198 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

199 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

200 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

201 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

202 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

203 - Assinatura e Cartório (Nº Registrado no Conselho)

2



## **FICHA DE INTERNACÃO**

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

Cód. Atendimento: 505361  
Usuário: JULIANAPP

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: DAVID FEITOSA DOS SANTOS  
 Idade: 33a 8m 2d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 134617  
 Profissão: Data de Nascimento: 25/III/1986  
 R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP: 531233/0  
 Endereço: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA , 13 - PAULISTA PF  
Dados da Internação  
 Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 24/11/2010 18:46  
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2 DR  
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **R.G.:** \_\_\_\_\_ **C.P.F.:** \_\_\_\_\_ **FATURADO**  
**Preço:** \_\_\_\_\_ **Número:** \_\_\_\_\_ **CLAUDIO VAN SOLIBA**  
**Telefone:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_ **MILITAR**

**DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE**

Data da Alta: 25/12/19 Hora da Alta: 13:00

**Motivo:**  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evacuação

**Condições de Alta:**

**Diagnóstico Principal:** Fisioterapeuta Estimular la actividad física.

**Diagnóstico Secundário 01** - **Exames de imagem:** Rx abdominal e Rx de tórax.

## Diagnóstico Secundário:

**Procedimento.....:** TRANSFERIR

Dr. Ian  
Crichton  
CRMP  
423590

**Médico e CRM:**

**Responsável pela retirada do paciente:** Acolhimento

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

— de — de

*Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável*

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento.....: 505266      Prontuário: 131517      SAME: 118216      Hora Atend: 18:45      Data Atend: 25/11/2019  
Paciente.....: DAVID FEITOSA DOS SANTOS      Idade: 33 a  
Endereço.....: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA  
Bairro.....: ENGENHO MARANGUAPE  
Cidade.....: PAULISTA      UF.: PE      CEP: 53423370  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal.....: -  
CID's Secundários.:  
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída.....: 24/11/2019      Hora Saída : 18:45

Prendido por: [REDACTED]

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



MIGUEL ARAUJO



## RECEITUÁRIO MÉDICO

### SOLICITO:

#### FISIOTERAPIA

NOME: DAVID FEITOS DOS SANTOS

DATA NASC.:

25/03/1998

NOME SOCIAL: DAVID FEITOS

REG/131617

IDADE: 21 Anos SEXO:(Empresário)

DATA DA ADMISSÃO:[Cementários]

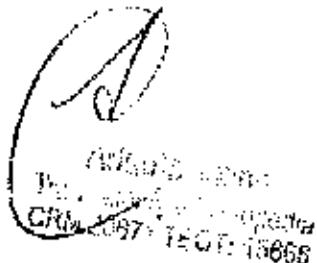
DATA DA ALTA: 4/12/19

Solicito 20 sessões de fisioterapia motora para: ( X ) ganho de ADM, ( X ) controle algílico, reforço muscular DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. Carga (X) zero ( ) parcial conforme tolerância.

Paciente com diagnóstico de: FRATURA DO CONDILÓ FEMURAL LATERAL FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO + FERIMENTO INFECTADO DO TORNOZELO ESQUERDO;

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaripe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaripe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



MIGUEL ARRAES



## RECEITUÁRIO MÉDICO

SOLICITO:

### FISIOTERAPIA

NOME: RAIANID FEITOSA DOS SANTOS

DATA NASC.: 25/03/86

NOME SOCIAL: (Nome de Publicação)

REG:[Categoria]

IDADE: 33 SEXO:M

DATA DA ALTA: 11/12/19

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

Solicito 20 sessões de fisioterapia motora para: X Iwanho de ADM, ( X ) controle elástico, relaxamento muscular MMII, Carga (X) zero ( ) parcial conforme tolerância.

Paciente com diagnóstico de: FRATURA DO CONDIL FEMURAL ESQ + FRATURA BIMALEolar ESQ + HEMIMEMBRO EXTERNO DO TORNOZELO ESQ

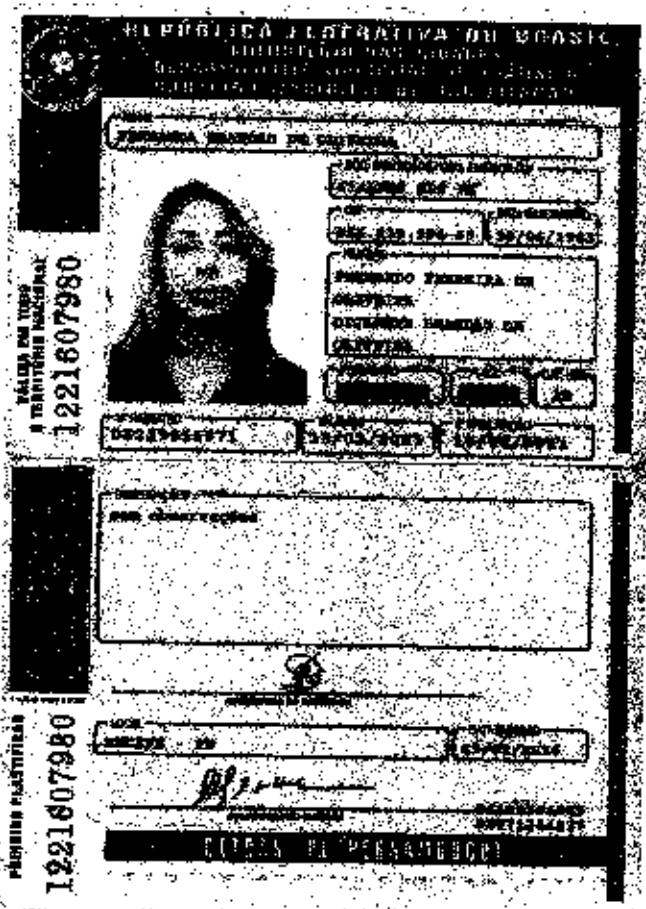
---

### ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaripe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaripe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **056.639.994-69**

Nome: **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **30/06/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/10/2002**

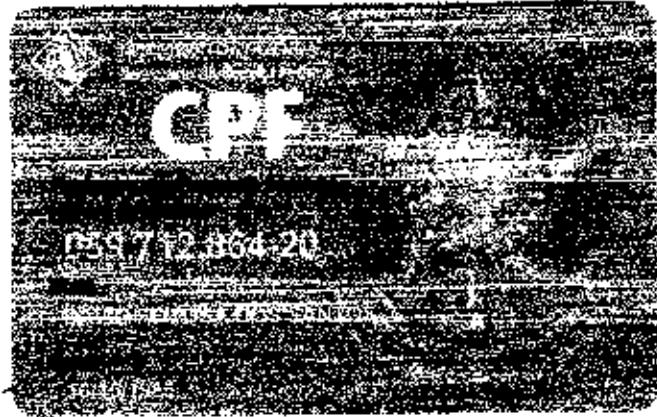
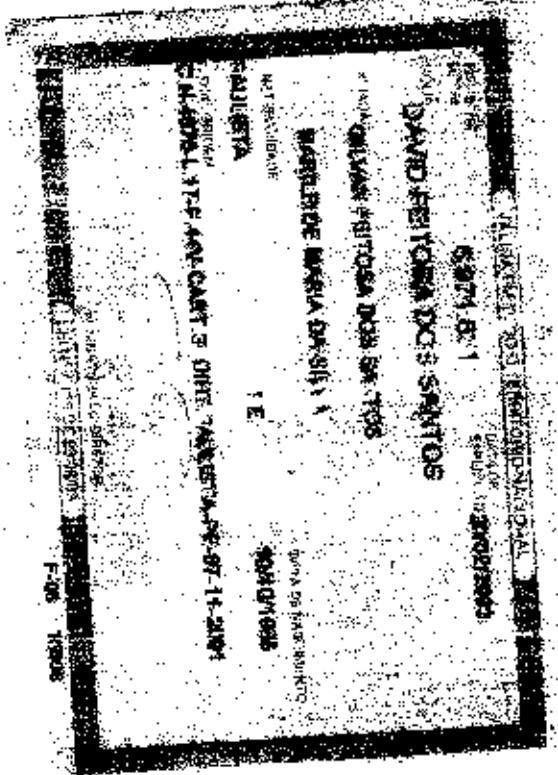
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:32:55** do dia **15/09/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **FA71.56FB.D948.9826**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200330277      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAVID FEITOSA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 23/11/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de femur distal esquerdo, fratura bimaleolar esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico, osteossíntese das fratura, fez fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado em membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 24/09/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em membro inferior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330277 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS Data do acidente: 23/11/2019 Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CÔNDILO FEMORAL ESQUERDO.  
FRATURA EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K E PARAFUSOS EM JOELHO E FIXADOR EXTERNO NO TORNOZELO. ALTA MÉDICA.

P3 / P9 / P16 / P17 IMAGEM

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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: 3200330277 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DAVID FEITOSA DOS SANTOS Data do acidente: 23/11/2019 Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

Data da análise: 21/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CÔNDILO FEMORAL ESQUERDO.  
FRATURA EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K E PARAFUSOS EM JOELHO E FIXADOR EXTERNO NO TORNOZELO. ALTA MÉDICA.

P3 / P9 / P16 / P17 IMAGEM

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA

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>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: DAVID TEITOSA DOS SANTOS

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 6.971.831 ORGÃO: SDS/PE

CPF: 059.712.864.20

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ENDERECO: R. ARISTAL Oliveira, 13-4 - ENG.  
MARAGUAPE / JANGA

### OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDERECO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 – Varzea – Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quaisquer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

DAVID TEITOSA DOS SANTOS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVÁLIDEZ PERMANENTE  morte

Data do Acidente: 23/11/2019

Recife 11 de Setembro 2020

Local e data

I. Carvalho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)