



Número: **0030652-96.2020.8.17.3090**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Paulista**

Última distribuição : **28/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.225,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAVID FEITOSA DOS SANTOS (AUTOR)		MARLEIDE CAETANO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75043079	11/02/2021 11:09	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16127903

Pag. 00293/00294 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01289/01290 - carta_02 - INVALIDEZ

00040645



Carta nº 16147034





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00545/00546 - carta_25 - INVALIDEZ

00010273





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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANO (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

059.712.864-20

DAVID FELTOSA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: DAVID FELTOSA DOS SANTOS 6 - CPF: 059.712.864-20

7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: V. APTAL OLIVEIRA 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA 4

11 - Bairro: END. MARAGUARE 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.423-560

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ 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/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 821 4 CONTA: 71628 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar vivos falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(nasceram)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar vivos falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esse elemento 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 certo, ainda, de que qualquer renúncia 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 o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 39 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 032ª CIRCUNSCRIÇÃO - 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 - Culposos (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: **NÃO 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: **- 81984813859**

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 ONIBUS 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-712088 DATADO DO DIA,23/11/2019 ÀS 17:35 HORAS,SEDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES,QUE GEROU O CODIGO DE ATENDIMENTO N°505381.ENCERRO O EXPOSTO FATO DELEGACIA DO JANGA

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

David
DAVID FEITOSA DOS SANTOS
(VITIMA)

MARILEIDE MARIA SILVA
(NOTICIANTE)

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

Jose Elidio de Souza Lages

[Assinatura manuscrita]
 DELEGACIA DE POLICIA DO JANGA

09/09/2020 15:59





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANO (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

059.712.864-20

DAVID FELTOSA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: DAVID FELTOSA DOS SANTOS 6 - CPF: 059.712.864-20

7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: V. APTAL OLIVEIRA 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA 4

11 - Bairro: END. MARAGUARE 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.423-360

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ 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/TUTOR)

☒ CONTA POUQUÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

NOME do BANCO:

AGÊNCIA: 821 4 CONTA: 71628 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar vivos falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(nasceram)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar vivos falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esse elemento 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 certo, ainda, de que qualquer renúncia 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 o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 39 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 10 de setembro de 2020.

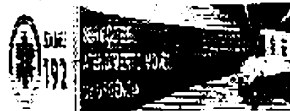
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FP5 001 V002/2019





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
MAT 039604
Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape - Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962



BRABESCO

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

BRABESCO0910202005000000000023706341000000013125472500 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		 CELPE www.celpe.com.br																																																																																	
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																																			
DADOS DO CLIENTE MARIA NATALIA DOS SANTOS MCID005P02 CPF: 100.018.344-01		DATA DE VENCIMENTO 31/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00																																																																																	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ARI STA C OLIVEIRA 13 -A ENGENHO MARANGUAPE/JANGA 53423-560 PAULISTA PE		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/08/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/08/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 120436529																																																																																	
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		CONTA CONTRATO 007027089075 Nº DO CLIENTE 2016230710 Nº DA INSTALAÇÃO 0006514230																																																																																	
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																																																																																			
RESERVADO AO FISCO A9F7.FBC6.8FA7.05BA.2EB3.332E.9E05.83CB																																																																																			
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>30,00</td> <td>0,34426334</td> <td>10,32</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>30,00</td> <td>0,26758282</td> <td>8,02</td> </tr> <tr> <td>Cartão de Todos - 0800-283-8916</td> <td></td> <td></td> <td>23,10</td> </tr> <tr> <td>Compensação DMIC 06/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,06</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">TOTAL DA FATURA</td> </tr> </tbody> </table>	DESCRIÇÃO	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	TOTAL DA FATURA				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>0,32316000</td> <td>AGO 20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>0,25118000</td> <td>JUL 20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 20</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 20</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 19</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 19</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td>81</td> </tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32316000	AGO 20	30	Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118000	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
DESCRIÇÃO	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																																																																																
TOTAL DA FATURA																																																																																			
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32316000	AGO 20	30																																																																																
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118000	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																																																																																
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00</td> <td></td> <td>18,34</td> <td>1,09</td> <td>18,34</td> <td>5,04</td> </tr> </tbody> </table>				ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	0,00		18,34	1,09	18,34	5,04																																																														
ICMS		PIS		COFINS																																																																															
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%																																																																														
0,00		18,34	1,09	18,34	5,04																																																																														
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>Nº DIAS</th> <th>CONSTANTE</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000003171359367</td> <td>CAT</td> <td>15/07/2020</td> <td>1.255,00</td> <td>17/08/2020</td> <td>1.283,00</td> <td>33</td> <td>28,00</td> </tr> </tbody> </table>				NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			00000003171359367	CAT	15/07/2020	1.255,00	17/08/2020	1.283,00	33	28,00																																																								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																																												
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																														
00000003171359367	CAT	15/07/2020	1.255,00	17/08/2020	1.283,00	33	28,00																																																																												
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/09/2020																																																																																			
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>META MENSAL</th> <th>META TRIM.</th> <th>META ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">jun/2020</td> </tr> <tr> <td>DIC-No.de horas sem Energia</td> <td>PAU AMARELO</td> <td>3,20</td> <td>5,07</td> <td>10,15</td> <td>20,30</td> </tr> <tr> <td>FIC-No.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>1,00</td> <td>3,17</td> <td>6,35</td> <td>12,70</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>3,20</td> <td>2,86</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DICRI-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: right;">Limite DICRI: 12,22</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,69</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="font-size: x-small;">Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	jun/2020						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		Limite 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.																																					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL																																																																														
jun/2020																																																																																			
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		Limite 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 Pague no ponto mais perto de você: disk bebidas e alimentos: rua dr luiz ignacio de andrade lima no 1286 loja janga / j e z informatica: rua agamenon magalhães engenho maranguapeLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.																																																																																			
NÍVEIS DE TENSÃO																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																																							
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																																		
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																	
220	202	231																																																																																	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																			
DESTAQUE AQUI																																																																																			
CONTA CONTRATO 007027089075		MÊS/ANO 08/2020																																																																																	
TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00		VENCIMENTO 31/08/2020																																																																																	
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																																																			
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO																																																																																			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																			



INTERNACIONAL

VISA



RECIFE PE
 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
 VARZEA
 50970-230 RECIFE PE



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

Página 1 de 2

Data de Vencimento	Total da Fatura R\$
04/06/2020	1.297,70
Pagamento Mínimo R\$	Parcelamento de Fatura R\$
148,37	Entrada 18,00 + 24 x 121,28
Período	Total do Financiamento
Maio / 2020	2.911,13
	CET Anual 149,10%

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

Mensagem importante

Pagamento de fatura. Opção 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.

Parcelado Fácil (automático): Caso o cliente não realize pagamento ou se já houve opção pelo crédito rotativo no mês anterior e o pagamento desta fatura for inferior ao valor total, o crédito remanescente deste 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 da Central de Atendimento ao Cliente ou no Internet Banking Correntista Bradesco (www.bradesco.com.br). IOF isento de 03 de abril de 2020, exceto para transações internacionais, conforme Decreto 10.305/2020.

Número do Cartão	Limite de Crédito Total R\$	Limite de Saque R\$	Limite Disponível em 23/05/2020
------------------	-----------------------------	---------------------	---------------------------------

4551 XXXX XXXX 8901 1.310,00 524,00 12,30

Data	Histórico de Lançamentos	Cidade	UBS	Cotação do Dólar	R\$
------	--------------------------	--------	-----	------------------	-----

05/05	PAG BOLETO BANCARIO				351,75-
06/05	PAG BOLETO BANCARIO				683,71-
25/05	ENCARGOS DE ATRASO				3,71
25/05	ENCARGOS DE ROTATIVO				2,26
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA					
Cartão 4551 XXXX XXXX 8901					
06/04	JOSE MATIAS NETO MERO2/02	RECIFE			107,34
01/05	JOSE MATIAS NETO MER	RECIFE			13,88
03/05	UberBR Uber TRIP HELP.UBE	SAO PAULO			4,93
07/05	PAG*Wanderlenny Vieira	RECIFE			133,00
08/05	PAG*Parificadora	RECIFE			30,00
08/05	KJ GALETO	RECIFE			23,00
08/05	PAGOLIVRE *ESPLASE10	BARUERI			159,86
09/05	BOI QUENTAO	RECIFE			70,32
10/05	UberBR Uber TRIP HELP.UBE	SAO PAULO			7,57
11/05	food *JFOOD	OSASCO			15,50
11/05	MERCADOPAGO *MADPIZZA	OSASCO			49,00

Resumo das Despesas

Saldo Anterior	- 035,08
(+) Pagamento (Crédito)	1.035,48
(+) Despesas Locais R\$	1.298,10*
(+) Despesas no exterior em R\$	0,00
(=) Total da Fatura R\$	1.297,70

Taxas Mensais

	Taxa no Mês (%)	Taxa no Ano (%)	CET (Anual)	Juros Mês. pr. Próx. Período
Pagamento de Contas	0,00%	0,00%	0,00%	2,96%
Parcelamento Fatura	7,90%	140,03%	152,21%	10,80%
Compras Parceladas com Juros	3,45%	50,93%	51,80%	4,48%
Crédito	3,48%	50,93%	51,80%	4,48%
Rotativo	9,90%	210,43%	215,35%	13,90%
Saque à Vista	15,10%	440,63%	468,46%	18,10%

* Sobre as operações de crédito rotativo o IOF Online (0,0007%) e IOF Adicional (0,00%) de acordo com a legislação vigente. Válido para o vencimento desta fatura.

Forma Fácil Bradesco: 4002 0022 / 0800 570 0022. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Consultas, informações e serviços transacionais. Acesso ao Exterior: 55 11 4002 0322. SAC - Bradesco Cartões: 0800 727 9988. SAC - Desistência Auditora ou de Fato: 0800 722 0099. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Reclamações, cancelamentos e informações gerais. Ouvidoria: 0800 727 9933. Atendimento das OAB de 15h de 2ª a 6ª, exceto feriados. Se não ficar satisfeito com o serviço, apresente, contate o Ouvidoria.

A FALTA DE PAGAMENTO OU PAGAMENTO ABAIXO DO MÍNIMO DA FATURA ACARRETARÁ A COBRANÇA DE IOF, JUROS DE MORA 1% A.M., MULTA 2% E JUROS REMUNERATORIOS DO: (I) PARCELAMENTO DE FATURA E/OU PARCELAMENTO FACIL APLICADOS SOBRE O VALOR DAS PARCELAS VENCIDAS, E/OU (II) CREDITO ROTATIVO SOBRE OS DEMAIS VALORES

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

Bradesco	237-2	23794.15009 90020.544905 17000 211403 2 00000000000000
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 058.838.894-66 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A, VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230		
Assinatura/Assinatura		
Nome Número 00205449017-3	Nº Documento 00205449017-3	Data de Vencimento 04/06/2020
Valor do Documento R\$ 1.297,70		(=) Valor Pago
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP Bradesco Bradesco S/A - CNPJ: 00.748.948/0001-12 - Nucleo Central de Deu. S/N - Paredo Preto - 4ª Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP		
Agência/Código do Beneficiário 4150-5 / 00021 14-8		Autenticação Médica
Bradesco	237-2	23794 15009 90020.544905 17000.211403 2 00000000000000
Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO		Data de Vencimento 04/06/2020
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP Bradesco Bradesco S/A - CNPJ: 00.748.948/0001-12 - Nucleo Central de Deu. S/N - Paredo Preto - 4ª Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP		Agência/Código do Beneficiário 4150-5 / 00021 14-8
Data do Documento 25/05/2020	Nº do Documento 00205449017-3	Exatidão DOC RECIBO
Uso do Bônus 8820	Carteira 08	Exatidão R\$
Informações de responsabilização do beneficiário		(=) Valor Pago
Se encargo de pagamento rotativo ou de saque, serão cobrados na próxima fatura. Pagamento em cheque será considerado líquido somente após a sua compensação. Sr. Caixa, não receber este boleto após 15 dias do vencimento.		(+) Juros/Multa
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 068.873.954-68 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A, VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230		(=) Valor Pago



Autenticação Médica - Fatura de Compensação

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/02/2021 11:09:56

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111095628400000073547007

Número do documento: 21021111095628400000073547007

Num. 75043079 - Pág. 12

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 fêmur distal esquerdo, fratura bimaléolar esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia 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 fraturas, 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
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**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 fêmur distal esquerdo, fratura bimalleolar esquerda.

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

osteossíntese das fraturas, 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 atrofia 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. Nexa 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 médio 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:

[Assinatura manuscrita]





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-822-1204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-1206 | Central Ovidória: 0800-022-9135

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ADIUTADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ **058.639.984** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DAVID FEITOSA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o nº **059.712.864-20**

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

inscrito (a) no CPF sob o nº **059.712.864-20** conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: VARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com		CEP: 50.870-230
		Tel (DDD): 81 98652-9424 / 81 99472-7858

Local e Data:

RECIFE 10 Setembro 2020

Assinatura do Declarante

DI-DRI-001-V001/2017



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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



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:

VERMELHO

Queixa Principal: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 1 HS
APRESENTA ESCORIAÇÕES EM NMTE E 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 OXIGÊNIO: 97.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

RECEBIDO
HMA

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

Data Impressão: 23/11/2019 18:40

ma de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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 SIUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Nome da Mãe: MARILEIDE MARIA DA SILVA
Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPIEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
13
Bairro: ENGENHO MARANHÃO IAPF
Cidade/UF: PAULISTA
PE
Usuário Atendimento: MONITORARSI
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nº Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18:45
Queixa Principal

*paciente vítima de acidente de trânsito por choque (trauma de membros)
no qual sofreu lesão de membro superior direito, com fratura
da tíbia e fíbula, com lesão de membro inferior esquerdo, com lesão de
tíbia e fíbula, com lesão de coluna cervical.*

Exame Físico

*o paciente apresenta lesão de membro superior direito, com fratura
da tíbia e fíbula, com lesão de membro inferior esquerdo, com lesão de
tíbia e fíbula, com lesão de coluna cervical. Não há sinais de
trauma de cabeça, tórax ou abdômen. Não há sinais de trauma de
membros superiores e inferiores.*

Hipótese Diagnóstica

1 - fratura.

Prescrição Médica

*1 - TC de crânio + TAC + RM + coluna cervical.
2 - analgésicos intensivos.
3 - 48h de observação.*

*Ana Lúcia B. Lima + Angela
TELES*

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
Senha: _____
() Encaminhado ao setor de Internação


HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 02/12/2019

Hora: 18:21

Atendimento: 605361
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 HEITOSA DOS SANTOS

SUS - INTERNAÇÃO

ORTL-511-LEITO 002

Dt. Fim: 02/12/2019 18:38

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Atendimento: 605361

Carteira:

Idade: 33 Anos

Procedimento: 0408050504

Convênio: 001

Anestesia: 00

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO (PRINCIPAL)

SUS - INTERNAÇÃO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO
ANESTESISTA13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO INFECTADO EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO SECUNDÁRIO A FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

CIRURGIÃO: DR FRANCISCO COUTO

1º AUXÍLIO: DR ICARO MOLIM

ANESTESISTA: DR GENESIO GOMES

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSÉPSIA E ANTISSEPSE DE MÍ;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
4. IDENTIFICADO FERIMENTO INFECTADO NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM ODOR FETIDO E SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA
5. REALIZADO DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9%
7. COLITA DE MATERIAL DE PARTES MOLES PARA CULTURA
8. FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM MONTAGEM TUDO-A-TUPO
9. CURATIVO COM ADAPTIC PARA COBERTURA DE FALHA DE COBERTURA CUTÂNEA
10. ROA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Karo Molim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28502-DF12/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FARMACISTADR(A): FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
CRM: 13246

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS
CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

REG: 131617
LEITO: _____

DATA/HORA	
27/11/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (TENTATIVA DE SUICÍDIO), PORTADOR DE DISTÚRBO PSQUIÁTRICO, RELATANDO DOR EM TODO O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. NEGA ALERGIAS.
	EOB, CONSCIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL
	HD: FRATURA DE CONDILO FEMORAL LATERAL ESQUERDO
	FRATURA DA PROXIMAL DE FIBULA ESQUERDA
	FRATURA DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO
28/11/19 12:00	# 507# HD: AMESMA
	EM BOA - SEM - ESTÁVEL - EUPNEICO
	SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: ANÁLISE DO ANAMNÓICO MANTIDA
	SENHA 617504
28/11/19 15:30	# 507#
	HD: AMESMA
	EM BOA - SEM - ESTÁVEL - EUPNEICO
	SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: AGUIADA CLÍNICA NA SEGUNDA
29/11/19 12:00	# 507#
	HD: AMESMA
	EM BOA - SEM - ESTÁVEL - EUPNEICO
	SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: AGUIADA CLÍNICA NA SEGUNDA
30/11/19 12:00	# 507#
	HD: AMESMA
	EM BOA - SEM - ESTÁVEL - EUPNEICO
	SEM NOVAS QUEIXAS
	CD: AGUIADA CLÍNICA NA SEGUNDA

Guilherme Barros Assis
Médico
CRM-PE 27.343

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 2424
CRM-PE 21590

Marcos Vinícius
CRM-PE 20640
CRM-PE 21590

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 2424
CRM-PE 21590



Atendimento: 505351

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

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

Paciente: 131617 DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL 511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MFI 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 ARRÂES DE ALENCAR





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Pernambuco

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOS DOS SANTOS

NOME SOCIAL: _____

IDADE: 33 SEXO: M

DATA NASC.: 25/03/1986

REG: 201627

DATA DA ADMISSÃO: 21/06/19

DATA DA ALTA: 4/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL LATERAL ESQ + FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQ + FERIMENTO EXTENSO INFECTADO DO TORNOZELO ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA DO TORNOZELO ESQ

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;
- 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 PRECOZE 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 (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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
Convênio:
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:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 0.00 BPM

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (✓)

Local

Joana Darc Santos
Enfermeiro(a)

RECEBADO
HMA

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

Data Impressão: 06/12/2019 09:33

Página 1 de 1

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	7 - CNES	6431569
2 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - Nome do Paciente	DAVID FEITOSA DOS SANTOS			6 - Nº Vantagem	151817
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
203197087180004	25/03/1965	MASCULINO	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARILEIDE MARIA DA SILVA			12 - Telefone da Condição	8198740971
13 - Nome Responsável	MARILEIDE MARIA DA SILVA			14 - Telefone do Contato	
16 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13 - ENGENHO MARANGUAPE				
18 - Município	17 - INGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	281070	PE	53423370		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

HA - ESTE 32 ANOS SEXO MASCULINO EM POS. DE FERIMENTO INFECTADO EM TORNOZELO ESQUERDO + HA UMA SINALELA DE TIZ ESQUERDO

FRATURA EXTERNA DIA 02/12 E FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO (IOFFA) MAE DO PACIENTE REFERE QUE O MESMO, PELA

CADEIRA DE BASE (PSIQUIATRICO) PISA NO CHÃO A DESPEITO DAS ORIENTAÇÕES E TEVE EPISÓDIO DE QUEDA EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO

ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO

NO EXAME: HIG. DESORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL

HA - FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DO TORNOZELO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA

21 - Condições que justificam a internação

ASACMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Relatado Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO FEMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA	8725 S72.4	W189 W189	040805.0584

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Centro de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980015278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	08/12/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNP (Seguradora)	40 - Nº Dilete	41 - Selo
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ (Empresário)	41 - CNAT (Empresa)	44 - CNPJ
38 - () Acid. Trabalho Atípico			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

Código do Laudo: 597181



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 10/12/2019
Hora: 10:15

Aviso de Cirurgia: 61478
Paciente: 131817
Convênio Atend.: 1
Leito: 72
Dt. Inicio: 10/12/2019 08:30
Cid Pré Operatório: S724
Cid Pós Operatório: S724

Sala: 0003 SALA 03
DAVID ECITOSA DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
ORTL-511-LEITO 004
Dt. Fim: 10/12/2019 09:50
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

Atendimento: 507242
Carteira:
Idade: 33 Anos

Procedimento: 0408050594
Convênio: 001
Anestesia: 05

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

CIRURGIÃO
ANESTESISTA

18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
11468 MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS SILVA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA CORONAL POSTERIOR DO CÔNDILO FEMORAL LATERAL ESQUERDO (AO: 33B3.2)
CONDUÇÃO: RFI COM PARAFUSOS DE TRACÇÃO TIPO HEBERT
CIRURGIÃO: DR FILIPE BELFORT
1º AUXILIAR: DR EDARDO MOLLIM
ANESTESISTA: DRA MARIA DA CONCEIÇÃO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL NO JOELHO ESQUERDO
5. DIVULSÃO POR PLANOS E ARTROTOMIA LATERAL DO JOELHO ESQUERDO
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
7. REALIZADA IMOBILIZAÇÃO CRUENTA COM AUXÍLIO DE FIO K Nº 2,0 E MANUTENÇÃO DA MESMA COM DITIO K Nº 2,0
8. FIXAÇÃO DA FRATURA UTILIZANDO 2 PARAFUSOS DE TRACÇÃO CANULADOS 4,5MM TIPO HEBERT
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. SUTURA POR PLANOS COM FECHAMENTO DA CAPSULA ARTICULAR
11. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

16/12/19
CLAUDEYNE SOUSA
NATURALISTA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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	PACIENTE 33 ANOS SEXO MASCULINO EM POS OP DE FERIMENTO INFECTADO EM TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA BIMAIOLOAR 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 (PSQUIATRICO) PISA NO CHAO A DESPEITO DAS ORIENTAÇÕES E TEVE EPISODIO DE QUEDA EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO . APRESENTA DISTURBIO PSQUIATRICO (NÃO SABENDO ESPECIFICAR) EM USO CLONAZEPAM, HALOPERIDOL, PROMETAZINA, CLORPROMAZINA E LEVOMEPRIMAZINA . NEGA ALERGIAS E OUTRAS COMORBIDADES . AO EXAME: BEG DESORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL MIE - FERIMENTO EM REGIAO 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 LESAO DE PELE RX - OBSERVADO DESVIO DA FRATURA DE FEMUR DISTAL HD: FERIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO POS OP DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TORNOZELO FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO (HOFFA)
07/12/2019 14h	4 L019 B2 = 3 - 12mm bactéria da urina (teste) C.O. 5/12/2019 LOTE em Aberto - 16/12/2019 3 = F.





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 33 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

DATA NASC: 25/03/86

REG: [Categoria]

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 TERREO 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 MUIFTAS 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 PURULENTE, 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 DEFICIT NEUROLÓGICO.

Adeildo Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15866

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



Atendimento: 507242

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

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

Paciente: 131617 DAVID FEITOSA DOS SANTOS

Serviço: 37 ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 72 ORTL-511-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: IRACEMASMS

QID

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 ARRÃES DE ALENÇAR





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAGES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando F. Costa

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

NOME SOCIAL: [Data de Nascimento]

IDADE: 33 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

DATA NASCIM.: 25/03/86

REG: [Categoria]

DATA DA ALTA: 11/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 4,5

ORIENTAÇÕES:

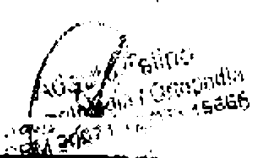
- ➔ AGENCIAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRRELO DAS SECUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- ➔ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- ➔ FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- ➔ DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- ➔ DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM CARGA;
- ➔ PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- ➔ RETORNO PRECOZE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, 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 TPD, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAVID FEITOSA DOS SANTOS

NOME SOCIAL: (Data de Publicação)

IDADE: 33 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 06/12/19

DATA NASC.: 25/03/86

REG: [Categoria]

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;
- DORRAR O JOELHO E MEXER 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 PURULENTO, 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 TNP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.


Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT 15666
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





ATESTADO MÉDICO

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

David Fitoria dos Santos foi atendido (a) neste

Serviço no dia 24/11/19 ao

MENTO

ASC.: 25/03/1984

1617

A ALTA: 4/12/19

☒ Necessidade de 30 dias de afastamento de suas atividades
no trabalho ou escola.

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros: _____

TORNOZELO ESQ +

RIOS, NO TERREO DAS

Paulista, 04 de 12 de 2019

RE ONDE REALIZAR

VERMELHIDÃO NA
H IMPORTANTE.

Medico

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





RECEITUÁRIO

David Ferreira dos Santos

Paciente no 100 DPO de
tratamento com início de
fratura de fêmur e
maloclusão medial esquerda.

Este paciente vem
com osteíte contralateral.

Acresce FC de joelho
na articulação.

100 - Fratura de fêmur e
maloclusão medial E

100 - Afundado - ulna - pro-
nada do.

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

SZ2, SZ2 20/11/19

NOTA: O PACIENTE
DEVE SER MONITORADO
E SE NECESSÁRIO, SER
REALIZADA A REVISÃO
DO TRATAMENTO.



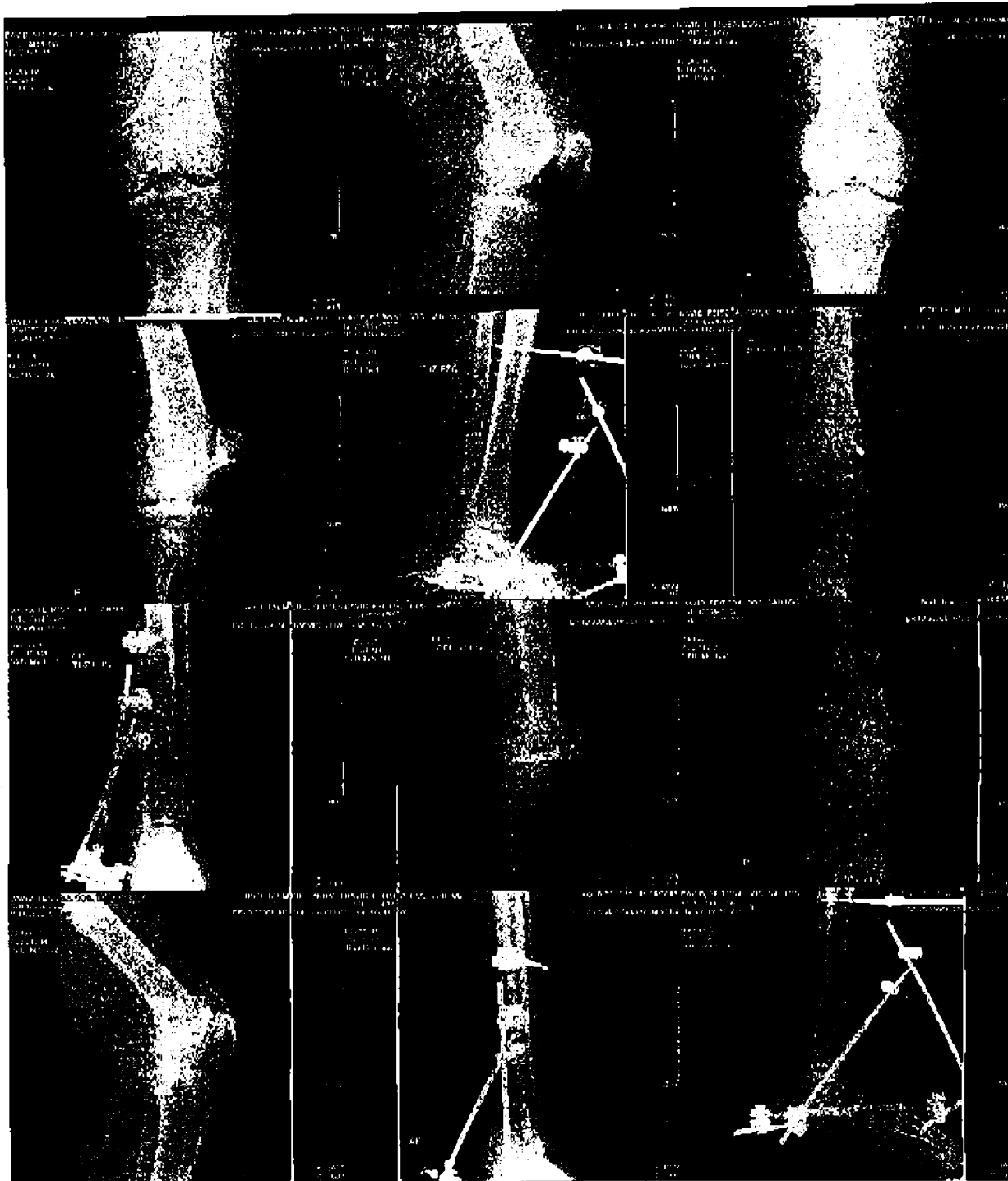


Imagem de segurança
Página 1
Tamanho da
Imagem
Imagem de segurança

Estado da Paraíba - RN, Lapa, Paraíba - RN, CEP: 55.415-000.
PABX: 31-3161-9600/FAX: 31-3161-9611

 hma-imip.org.br



DAVID FEITOSA DOS SANTOS

HPL

HMA

131617

10 Oct 1985, M 34Y

Emotion 16 (2010)

CT 2014A

26-Nov-2019

16:58:20.93

G02 IMA 1

VRT

Spin: -8

Tilt: 3

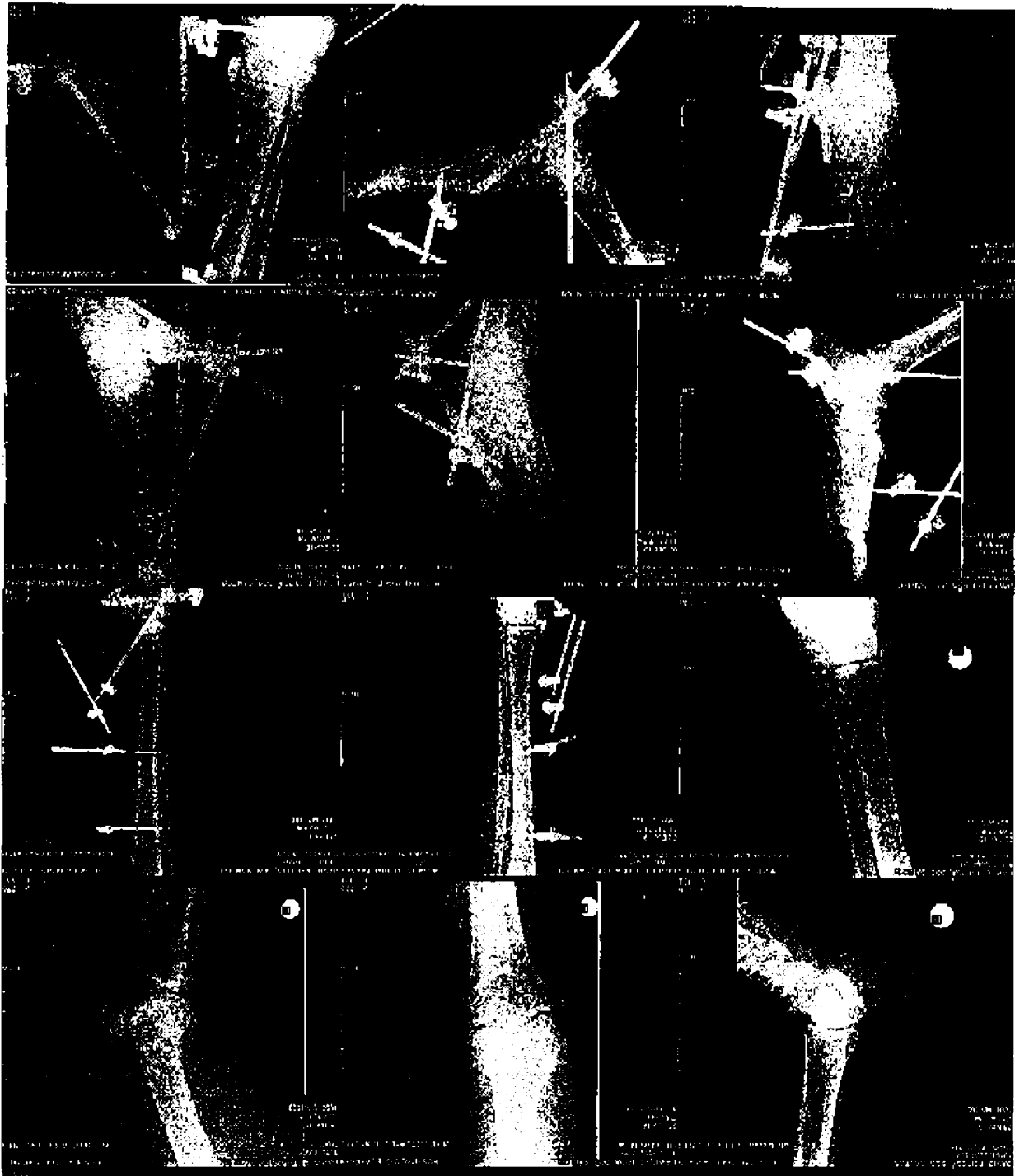
RAH

Imagem de arquivo
F0000
Imagem
Imagem
Imagem
Imagem

Foto da FARMACIA S/N JERQUIBO, POUJO (PE) CEP: 55.415-000
MAH: 81-3181-9600/TAH: 3181-9017

hima.fmp.org.br





JOELHO ESQ

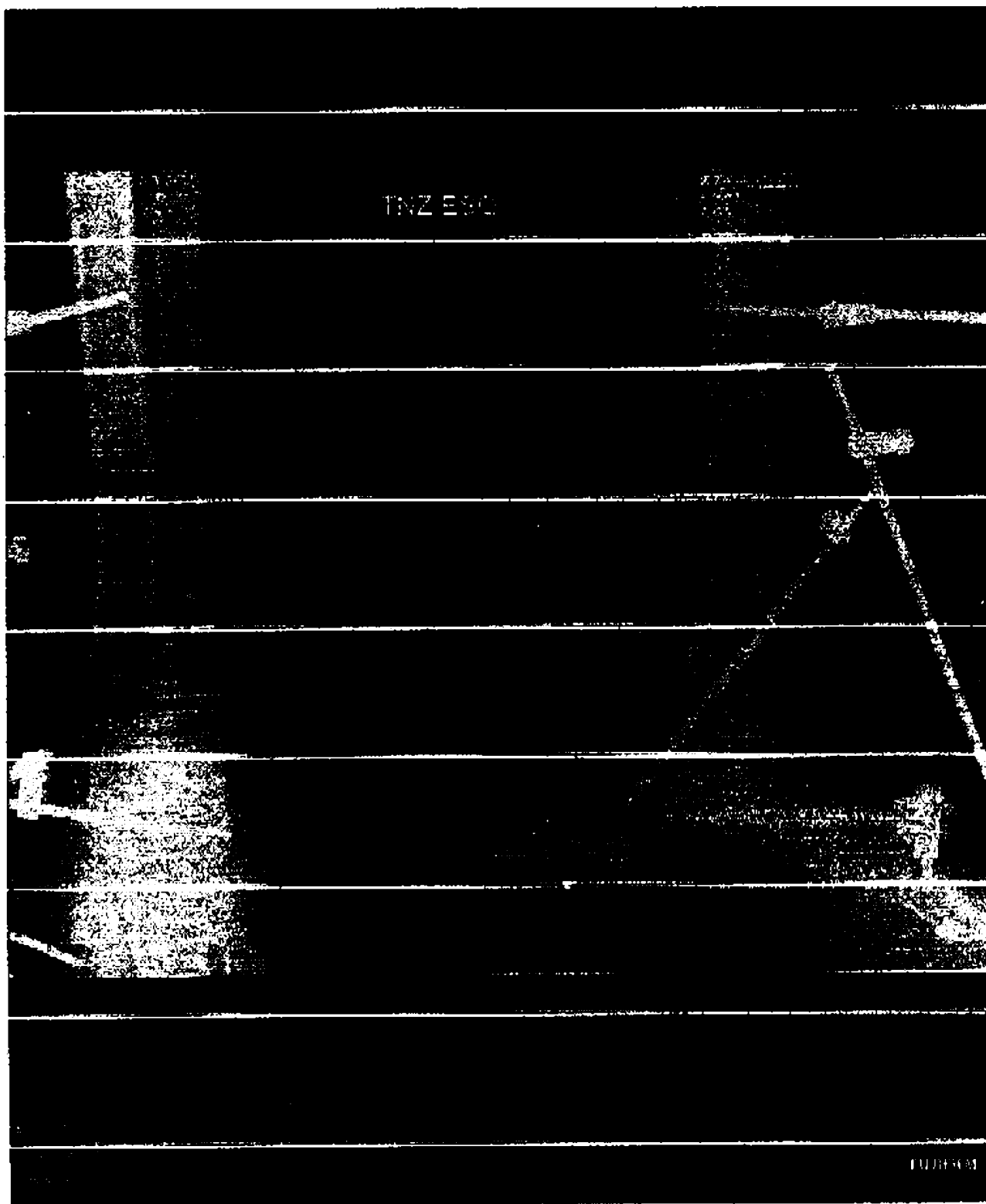
FIM DA

Série de imagens:
Balanço
Tomografia
Fluoroscopia
Ultrassonografia
Ecodopografia

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

 hina.lmhp.org.br





Serviço de Imagem:
Raio X
Ultrassom
Ultrassom
Ultrassom
Ultrassom

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

 hma.imip.org.br



JOELHO ESQ

FIM DA

Serviço de Imagem:

Raios X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

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



hma.imip.org.br





LAUDO para solicitação de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNH	6431560
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	DAVID FEITOSA DOS SANTOS			6 - Nº Prontuário	131917
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
20319708/180009	25/03/1986	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	12 - Telefone do Contato	8186740971
13 - Nome da Mãe	MARILEIDE MARIA DA SILVA			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	DEJAILSON FRANCISCO				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13 - ENGENHO MARAMBAIA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	63423370		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Sinais e Sintomas Clínicos
2 - HISTÓRIA DE VITIMA DE ARIPELAMNETO (TENTATIVA DE SUICÍDIO), PORTADOR DE DISTÚRBO PSÍQUIÁTRICO RELATANDO DOR EM TODO O MEMBRO INFERIOR DO

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos
ANAMNESE E EXAME FÍSICO-RADIOGRÁFIA

23 - Descrição Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causa Associada
FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO MEMBRO	S728 582.5	W199 X82.4	04.02.05.057.8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	0408050594	
30 - Especialidade	31 - Caracter de Atendimento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	980016298085238
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ	27/11/2019	18797

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Típico	38 - () Acid. Trabalho Trajetado	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Boleto	41 - Selo
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAS / Empresa	44 - CBO
45 - Vínculo com a Previdência					
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado					

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
☐ CNS ☐ CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	
	261910223136-1	

Código do Laudo: 605266



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 505361

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: DAVID FEITOSA DOS SANTOS		Prontuário: 132617
Idade: 33a 8m 2d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:	Escolaridade:	Data de Nascimento: 25/11/1986
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:
Endereço: RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 13	CEP: 534233/0	PAULISTA
Engenho Maranguape		
Dados de Internação		
Origem: INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 24/11/2019 18:46	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEdia	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito: VERDE 08
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEdia		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Preço:	Numero:	12/12/19
Telefone:	Cidade:	Estado Civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/11/19 Hora da Alta: 10:00

Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: BOA

Diagnóstico Principal..... TUMOR CARCINOMA GÂSTRICO LATENTE E SILENCIOSO

Diagnóstico Secundário01.: EX. PROXIMAL DE FÍGADO E SILENCIOSO

Diagnóstico Secundário02.: EX. METASTASES GÂSTRICAS

Procedimento..... TRANSFERÊNCIA PARA MANEJO EM OUTRA UNIDADE

Responsável pela retirada do paciente: *Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior*

Assinatura e RG: *Dr. Lap. Lagenda CRM-PE 99244*

Médico e CRM:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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: 23/11/2019
Paciente..... : DAVID FEITOSA DOS SANTOS Idade: 33 a
Endereço..... : RUA ARI SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
Bairro..... : ENGENHO MARANGUAPE
Cidade..... : PAULISTA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA UF: PE CEP: 53423370
CID Principal..... :
CID's Secundários.:
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO Plano: PLANO ÚNICO
Data Saída..... : 24/11/2019 Hora Saída : 18:45

Prescritor da Exatidão Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RECEITUÁRIO MÉDICO

SOLICITO:

FISIOTERAPIA

NOME: DAVID FEITOS DOS SANTOS

DATA NASC.:

25/03/1986

NOME SOCIAL: DAVID F. JUNIOR

REG: 131F17

IDADE: 35 anos SEXO: (Empresa)

DATA DA ADMISSÃO: [Comentários]

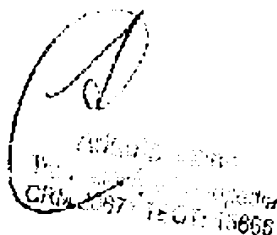
DATA DA ALTA: 4/12/19

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

Paciente com diagnóstico de: FRATURA DO CONDILO FEMURAL LATERAL FRATURA BIMALEAR DO TORNOZELO ESQUERDO + FERIMENTO INFECTADO DO TORNOZELO ESQUERDO;

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



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





RECEITUÁRIO MÉDICO

SOLICITO:

FISIOTERAPIA

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

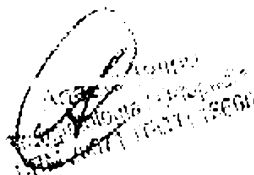
DATA DA ALTA: 11/12/19

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

Paciente com diagnóstico de: FRATURA DO CONDILO FEMURAL ESQ + FRATURA BIMALEDOLAR ESQ + PERÍMETRO EXTENSO DO TORNOZELO ESQ

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/02/2021 11:09:56
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111095628400000073547007>
 Número do documento: 21021111095628400000073547007



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**

Digito Verificador: **00**

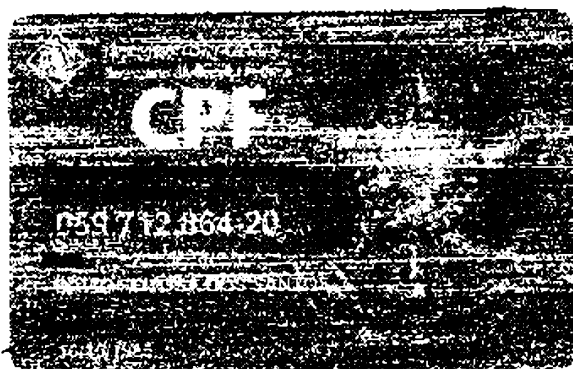
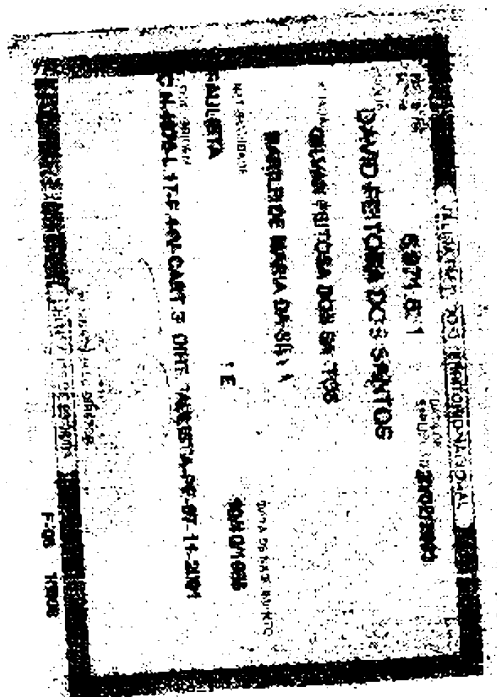
Comprovante emitido às: **10:32:55** do dia **15/09/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FA71.56FB.D948.9826**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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







Seguradora Lidar - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **DAVID FERREIRA DOS SANTOS**

DATA DO ACIDENTE **23/11/2019** DATA DO SINISTRO **05/12/2019** - **20**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **Fernanda Brandão de Oliveira**

ENDEREÇO DO DOCUMENTO **PROCURADOR**

ENDEREÇO DO EMPREGADOR **RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO**

Nº **233** NOME DO EMPREGADOR **A**

EMPREGADOR **Receita** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

EMPREGADOR **Fernanda Brandão de Oliveira** C.P.F. **000000000**

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE

✓ COPIA AUTENTICADA E LEVANTE



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 bimaléolar esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia 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 fraturas, 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
Total			35 %	R\$ 4.725,00



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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



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: 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: DAVID TEIXEIRA DOS SANTOS

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 6.971.831 ORGÃO: SDS/PE

CPF: 059.712.864-20

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ENDEREÇO: R. ARIANNE OLIVEIRA, 13-A - 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

ENDEREÇO: 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 quais quer 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 TEIXEIRA DOS SANTOS

☐ Feculha e (s) tipos (s) de cobertura

☐ DADS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTA

Data do Acidente: 23/11/2019

Recife 11 de Setembro 2020

Local e data

f. David

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

