

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200359250

Vítima: HELENO JUNIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGH T LINS DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELENO JUNIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HELENO JUNIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001361-7

Conta: 0000041723-8

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.047.224-95 4 - Nome completo da vítima: HELENO JUNIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: HELENO JUNIO DA SILVA 6 - CPF: 092.047.224-95
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA GENERAL ABREU E LIMA 9 - Número: 187 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM CAETES 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53560270
15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 81985492354

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 1361 7 CONTA: 41723 8
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascidos (vivos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, ABREU E LIMA 05 DE OUTUBRO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
* Helene Junio da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Flavio Humberto Reis de Souza

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/Infopoi-3.0.9/am/B...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -
DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0117001197**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/07/2020** às
12:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado), que aconteceu
no dia **4/7/2020** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PAN NORDESTINA, 1** - Bairro:
OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **53370-401** -
Ponto de Referência: **NA FRENTE DA FACHO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
HELENO JUNIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **HELENO JUNIO DA SILVA**

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

HELENO JUNIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **YANIA BARBOSA DA SILVA** Pai: **HELENO PAULO DA SILVA** Data de Nascimento: **12/11/1991**
Naturalidade: **ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7999999/SGS/PE (RG)**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS**
PROFISSÕES: telefones celulares:
- 983336364

Endereço Residencial: **RUA GENERAL ABREU E LIMA, 127 - CEP: 5 - Bairro: ALTO SÃO MIGUEL - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Não informado** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HELENO JUNIO DA SILVA**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **HELENO JUNIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 PAN NIX 1991** Objeto apreendido:

um de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/infopol-3.0.9/zml/B...

Nº

Cor: **AZUL** - Quantidade: **1.999 (UNIDADE)**Placa: **OYR0198 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **3C2K01620ERS29622**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

.....
INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO, QUE ESTAVA TRABALHANDO COMO ENTREGADOR DE APLICATIVO, QUE EM UM DETERMINADO MOMENTO, NO LOCAL DO FATO MENSIONADO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, ONDE O MESMO CAIU COM O VEÍCULO E SOFREU UMA FRATURA SENDO SUBMETIDO INCLUSIVE A UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA MÃO ESQUERDA

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

HELENO JUNIO DA SILVA
(VITIMA)x *Heleno Junio da Silva*B.O. registrado por: **DEMIS SANTOS DE LIMA** - Matrícula: **3996441**
(Liberado em 13/07/2020 às 13:14)*1) Denis Santos de Lima*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
092.047.224-95 HELENO JUNIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: HELENO JUNIO DA SILVA 6 - CPF: 092.047.224-95
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA GENERAL ABREU E LIMA 9 - Número: 187 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM CAETES 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53560270
15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 81985492354

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: ☒ RECURSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, ABREU E LIMA 05 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
* Helene Junio da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Provedor (se houver)
Flavio Humberto Reis de Souza

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Atendimento: 1209741

Senha da Classificação:

0078

Data e Hora: 04/07/2020 23:29

Paciente: 110696 HELENO JUNIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA Etnia:

Nome Social:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Data do Nascimento: 12/11/1991 Idade: 28 anos

Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: TANIA BARBOSA DA SILVA

Nome do Pai: HELENO PAULO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: BAHIA

160

Bairro: ALTO SAO MIGUEL

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53565360

Usuário Atendimento: EDJAMAS

RG (Identidade): 7990993

SDS-PE

Data de Emissão:

CNS: 703106803216760

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83330301

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: 1 1

HORA 23:37h

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doi + edo e m. (E) após gatilho 1 mês há 10 horas
ligeiramente a dor diminuiu

EXAME FÍSICO:

Edo 27/4 em mto (E)

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Trauma e mto (E)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Ex -> Exame físico do 1º FITE (E)

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- Exame físico (ATA - 5769602)
- Exame físico do 1º FITE

HORÁRIO

Médico / Cremepo:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepo:

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/07/2020 23:22

	Nome Paciente:	HELENO JUNIO DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	12/11/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28 anos
	Senha:	0078
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 04/07/2020 23:27 - 04/07/2020 23:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 76.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2020 23:28

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELENO JUNIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000000041723-8

Nr. da Autenticação 4EE7A87BB5BF8411



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de agosto de 2020 a despesa da fatura digital passará de R\$2,00 para R\$1,00, aplicável para clientes com a bandeira FortBrasil. Clientes com a bandeira Mastercard terão anuidade no valor de R\$8,00 sem desconto por fatura digital.

Dúvidas? Ligue para: 4000-0308 Capital e Região Metropolitana, demais localidades: 0800 759 2332.

Limite de Crédito: R\$ 2.174,00
Quanto você pode gastar no cartão

NÚMERO DA FATURA

Adquirir todos pagamos via Autoliquidação e concorre a R\$ 15.000 por mês. Se não pagar com a nota Cartão de Autoliquidação.

ENCARGOS FISCALIZADOS

Taxa por atômico	2 % a.m.
Encargos contratuais no período	18,00 % a.m.
Encargos mínimos próximo período	18,00 % a.m.
Costo efetivo total	720,00 % a.m.
Encargos sobre próximo período	14,00 %
Juros de Mora	1 % a.m.
IOF Adicional	0,39 %
IOF Financiamento	0,0002 % a.d.

Vencimento: 25/09/2020
SEXTA-FEIRA

FATURA ANTERIOR

Total a pagar
R\$ 875,13

Créditos
R\$ 875,13

FATURA ATUAL

Saldo da fatura anterior
R\$ 0,00 (X)

+ Compras e Débitos
R\$ 932,29 (Y)

Total a pagar dessa fatura

R\$ 932,29 (X+Y)

TOTAL A PAGAR
R\$ 932,29

PAGAMENTO MÍNIMO
R\$ 156,76

PARCELAMENTO FATURA
15x de R\$ 106,06
Total: R\$ 1.590,90
Juros: 8,99% a.m.

PARCELAMENTO TOTAL
NÃO DISPONÍVEL

HELENO JUNIOR DA SILVA

2308XX.XXXXXX.5475

Data	Histórico	Valor (R\$)
-	Total da fatura anterior	875,13
25/08	ORRISADO PELO PAGAMENTO	-875,13
15/04	Compra Parcelada Parc.5/6 - MOTO CLUZ	46,94
14/05	Compra Parcelada Parc.1/2 - SUMUP - PAULINOMULTIMA	32,50
20/08	Compra a Vista - PAG BRUNOFAGNERRODRIG	17,00
26/08	Compra a Vista - JEAN PAULO CASTRO ALVE	46,00
27/08	Compra a Vista - DL - GOOGLE GARENA	20,99
29/08	Compra Parcelada Parc.1/4 - DI SANTINI	67,43
05/09	Compra a Vista - USERBR USER TRIP HELP	5,53
09/09	Compra a Vista - DL - GOOGLE ROBLOX	1,52
14/09	Anuidade Bonus	19,90
14/09	Avaliação Emergencial Crédito	15,00

continua na página ao lado >

OUTRAS OPÇÕES DE PARCELAMENTO

A 12x de R\$ 119,40
Total: R\$ 1.432,80
Juros: 8,99% a.m.

B 10x de R\$ 133,23
Total: R\$ 1.332,30
Juros: 8,99% a.m.

C 8x de R\$ 154,49
Total: R\$ 1.235,92
Juros: 8,99% a.m.

D 6x de R\$ 190,63
Total: R\$ 1.141,78
Juros: 8,99% a.m.

Para aderir aos outros parcelamentos ofertados deve ser pago o valor exato da entrada (incluindo os juros).
+ Caso queira antecipar parcelas, com desconto proporcional dos juros, entre em contato com nosso atendimento.
+ Verifique disponibilidade de outros planos de parcelamento entrando em contato com nosso atendimento.



Fale com nossos atendentes e conheça todos os benefícios de ser nosso cliente acessando o site:

www.fortbrasil.com.br



Bradesco

237-2

23792.36702 90300.747103 12000.160502 1 00000000000000

Local de Pagamento: PARA SUA CONVENIÊNCIA, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.						Vencimento:		25/09/2020	
Emissor: FIDC FORTBRASIL - 29.665.263/0001-00 - Av. das Americas, 3434, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ						Agência / Código Beneficiário:		2367 / 1695-5	
Data de Emissão: 14/09/2020		Número do Documento: 3007471012		Emissão Doc: DM		Arquivo: N		Data de Vencimento: 14/09/2020	
Arquivo Original: 09 / 030074710122		Número do Documento: 3007471012		Emissão Doc: DM		Arquivo: N		Data de Vencimento: 14/09/2020	
Nº de Contas:		Código:		Código:		Quantidade:		Valor Mensal:	
09		R\$		R\$		R\$		932,29	
REGRAS: Ao Caixa: Receber independentemente do valor. Não receber pagamentos com cheques. Ao Cliente: De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, pague qualquer valor entre o mínimo e o total e, nesse caso, estará financiando sua fatura com incidência de encargos que serão cobrados na próxima fatura. Pagamentos inferiores ao mínimo ou após o vencimento incidirão multa, encargos de mora e financiamento na próxima fatura além de bloqueio dos cartões vinculados ao mesmo CPF, ações de cobrança e registro no SPC. Verifique a disponibilidade do parcelamento da fatura. Para contratar, pague o valor exato da opção escolhida. Após 15 dias do atraso, pague na loja* ou no BRADESCO. * Verifique disponibilidade. * Os direitos de crédito oriundos dessa fatura foram cedidos ao fundo de investimento em direitos creditários FortBrasil.						Nº de Contas:			
						Código:			
						Código:			
						Quantidade:			
						Valor Mensal:			

Nome: HELENO JUNIOR DA SILVA CPF: 092.047.224-95
R GENERAL ABREU E LIMA, 187
JARDIM CAETES
53560270 ABREU E LIMA -

Ficha de Comparação: AUTENTICAÇÃO Óptica



B) pagamento minimo

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/SI@LIOTECAWEB/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 COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH LENS DE SOUZAinscrito (a) no CPF/CNPJ 042.760.234 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioHELENO JUNIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.047.224 / 95do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima A MESMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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:	<u>RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO</u>	Número:	<u>332</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>JCARASSU</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>RECUSA</u>	CEP:	<u>53610433</u>	Tel.(DDD):	<u>81.985492354</u>

Local e Data: JCARASSU 05 DE OUTUBRO DE 2020
Assinatura do Declarante



SC 119 36

Paciente: HELIENY JUNIO DA SILVA ID: 88005 Data: 11/06/2020 13:18:25
Nasc: 12/11/1951 Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL - HOSPITAL MIGUEL ARRAGES

FUJIFILM

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

E



SC: 170 %

Nome: HELENO JUNIO DA SILVA ID: 88009 Data: 11/08/2020 13:18:20
Nasc: 12/11/1991 Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL - HOSPITAL MIGUEL ARRAES

FUJIFILM

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

Atendimento: 1209741

Senha da Classificação:

0078

Data e Hora: 04/07/2020 23:29

Paciente: 110696 HELENO JUNIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDA Etnia:

Nome Social:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Data do Nascimento: 12/11/1991 Idade: 28 anos

Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: TANIA BARBOSA DA SILVA

Nome do Pai: HELENO PAULO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: BAHIA

160

Bairro: ALTO SAO MIGUEL

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53565360

Usuário Atendimento: EDJAMAS

RG (Identidade): 7990993

SDS-PE

Data de Emissão:

CNS: 703106803216760

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83330301

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: 1 1

HORA 23:37h

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doi e dor no m. (E) após queda 1 mês atrás. Os sintomas começaram a piorar há 1 dia.

EXAME FÍSICO:

Exame físico em mto (E)

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Trauma de mão (E)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx - 1º e 2º fêmur do M. (E)

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Exame físico (HIA - 5769602)
Exame físico de escala 1 a 10

HORÁRIO

Médico / Cremepo:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepo:

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/07/2020 23:22

	Nome Paciente:	HELENO JUNIO DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	12/11/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28 anos
	Senha:	0078
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 04/07/2020 23:27 - 04/07/2020 23:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 76.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2020 23:28

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP


Data e hora retirada da senha: 04/07/2020 23:22

	Nome Paciente:	HELENO JUNIO DA SILVA
	Cód. Paciente:	110696
	Data de Nascimento:	12/11/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28 anos
	Senha:	0078
	Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
	Atendimento:	1209741 
SAME:		

Período: 04/07/2020 23:27 - 05/07/2020 00:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - RECLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA


Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 04/07/2020 23:27 - 04/07/2020 23:28

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 76.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/07/2020 00:28

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/07/2020 03:42



Nome Paciente: HELENO JUNIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 28 anos
Senha: 0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/07/2020 03:55 - 05/07/2020 04:01

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELA UPA DE IGARASSU SENHA : 5969609, CONCIENTE, ORIENTADO, REFERE DOR MSE APOS QUEDA DE MOTOCICLITA, HD: FX OU LUXAÇÃO DE MSE.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 3
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 149.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 58.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

**REVISAL
NEPI-HM**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (✓)

Local

Enfermeiro

Luciano de Freitas e Silva
COREN-PE 253220-ENF

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/07/2020 04:01

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **HELENO JUNIO DA SILVA** Prontuário: 88039
Idade: 28a 7m 24d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 12/11/1991
Profissão: _____ Escolaridade: _____
R.G.: 210862233066 C.P.F.: 09204722495 Telefone: _____ CEP 53565360
Endereço: RUA BAHIA, 160 - ALTO SAO MIGUEL - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 06/07/2020 04:10
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-34
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____
Iereço: _____ Número: _____
efone: _____ Cidade: _____ Estado civil: _____
FATURADO
MAGDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 07 / 07 / 20 Hora da Alta: 11 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Boas condições clínicas.
Diagnóstico Principal.....: Fratura de base de 1º metacarpo esquerdo
Diagnóstico Secundário01.: _____
Diagnóstico Secundário02.: _____
Procedimento.....: RPFP com fio K de 1º metacarpo esquerdo.
Dr. Ian Buche - Fretre
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26259 / CRM-PB 11317
Médico e CRM: _____
Heleno Junio da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos 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.

Em _____ de _____ de _____

Heleno Junio da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 530685

Senha da Classificação:

0004

Data e Hora: 05/07/2020 04:09

Paciente: 88039 HELENO JUNIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/11/1991 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: TANIA BARBOSA DA SILVA

Nome do Pai: HELENO PAULO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BAHIA

160

Bairro: ALTO SAO MIGUEL

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Queda de moto há 10 horas, apresentando dor no punho e, no, no antebraço e comorbidade.

Exame Físico

Extremidade, orientado
Mão e com dor, NV+

Hipótese Diagnóstico

Fratura da Base do 1º Metacarpo E

Prescrição Médica

Isolado Bx
Tratamento.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA

NOME SOCIAL:

SETOR:

ENFERMARIA:

DATA DE NASC.: 12/11/1991

REGISTRO: 88039

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
05/07/2020	ADMISSÃO
05:51	
	QPD/HDA: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS, APRESENTANDO DOR EM MÃO ESQUERDA, NV +
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA
	MEDICAÇÕES DE USO: NENHUMA
	EXAME FÍSICO: EGB, EUPNEICO, ORIENTADO DOR EM MÃO ESQUERDA, NV +
	EXAMES DE IMAGEM: RADIOGRAFIA
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DA BASE DO 1º MTC ESQUERDO
	CONDUTA: INTERNAMENTO + PRE OP

Dr. Paulo Almeida
#Nota

05/07/2020
07:40

UP: Pac. da Base do 1º MTC E
Pct EGB eupneico, orientado
N/V com tala, NV +
D. Aguarda cirurgia

06/07/2020
18:30

#Nota Operatória
Pct submetido a procedimento cirúrgico, se internado.
Col. ① A SR.

Andre Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 29416

07/07/20

ACR

#501#

HJ: RFP com: foles K de fratura de braço de 1º metacarpo 3.

Paciente possui sem comorbidades, resp. muito aguçada.

EGB, consciente, eupríica, aférril.

Cb: ① Queira hospitalizar o paciente p/ acompanhamento ambulatório.
② Orientações gerais

Dr. Ian Bastião Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28553 / CRM-PA 11317

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5969609
4174

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Heleno Junior da Silva Idade: 28

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Arara e Lima

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta (x)
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente vítima de queda de uma
altura de 10m + trauma de cabeça e membros

Hipótese Diagnóstica: Fratura de tibia e fêmur - luxação de joelho
1º PMO (E)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 65583 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 88039 HELENO JUNIO DA SILVA Atendimento : 530756
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 710 VERD2-34 Idade : 28 Anos
Dt. Inicio : 06/07/2020 16:25 Dt. Fim : 06/07/2020 17:50
Cid Pré-Operatório : S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020539 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
ANESTESISTA 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE BASE DE 1º METACARPO ESQUERDO
INTERVENÇÃO: RFFP COM FIOS K
OPERADOR: DR ALEXANDRE
1º AUXILIAR: DR SAMUEL
2º AUXILIAR: DR FELIPE GUEDES
3º AUXILIAR: DR GULHERME
4º AUXILIAR: DR ANDRÉ CHAVES
ANESTESISTA: DRA CONCEIÇÃO
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL MSD + SEDAÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- ASSEPSIA E ANTISSEPSE
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE BASE DO 1º MTC DIREITO
5. FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE KIRSCHNER 1,5 MM
6. OBSERVADO BOA REDUÇÃO À FLUOROSCOPIA
7. CURATIVO ESTÉRIL
- ALA LUVA
8. À RPA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 29416

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]
IDADE: 28 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 05/07/2020

DATA NASC.: 12/11/91
REG: 99039
DATA DA ALTA: 7/7/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DA BASE DE 1ª MTC ESQ. (BENNET)

TRATAMENTO REALIZADO:

- REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO PERCUTANEA COM FIOS K

Tala gessada

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO) SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS PARA DR. VALDECY HOLANDA;;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- 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, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: TALA AXILO-PALMAR DE BOM ASPECTO COM CURATIVO ESTÉRIL LIMPO

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

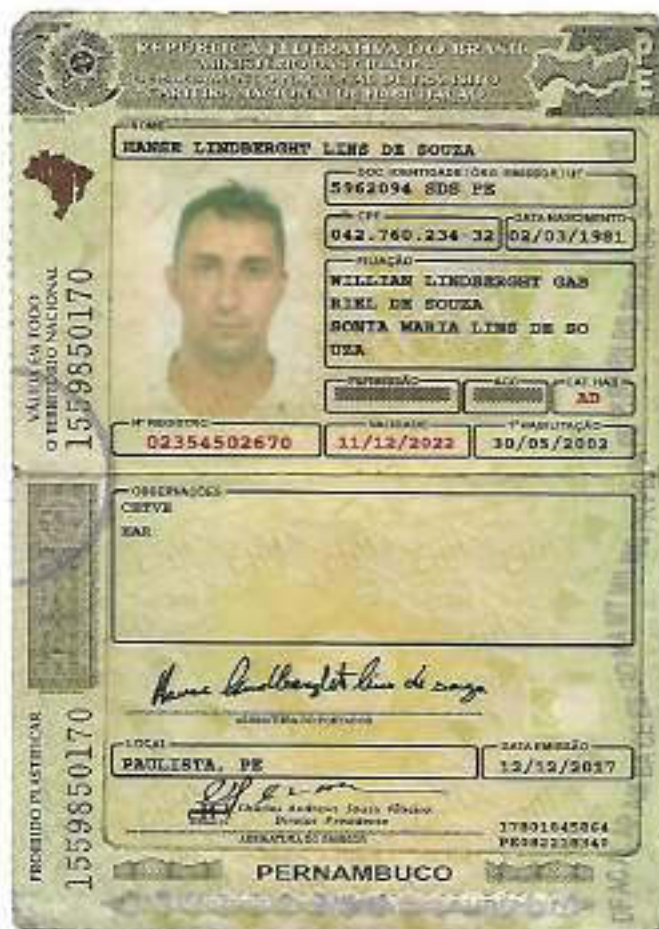
PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Bussi Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26359 / CRM-PB 11317

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



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

NOME

HELENO JUNIO DA SILVA

DOC IDENTIDADE ORG EMISSOR UF

210862233066 MEK PE

CPF

092.047.224-95

DATA NASCIMENTO

12/11/1991

FILIAÇÃO

HELENO PAULO DA SILVA

TANIA BARBOSA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB

AB

Nº REGISTRO

05165739973

VALIDADE

01/02/2023

1ª HABILITAÇÃO

09/07/2013

OBSERVAÇÕES

KAR

Heleno Junio da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO

01/02/2018

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

00145467188
REG060631581

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1563912341

PROIBIDO PLASTIFICAR
1563912341

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA

1

COD. RENAVAL

1005323620

Nº 015103622851

RNTRC

2020

HELENO JUNIO DA SILVA

NOME

DA SILVA

ABREU E LIMA - PE

CPF / CNPJ

092.047.224-95

PLACA ANT. / UF

***** / PE

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

MARCA MODELO

HONDA / CG150 FAN

CAP. / POT. / CIL

2P / 149CL

COTA UNICA

IPVA 2020 QUITADA

IPVA

FAIXA IPVA

1

PARCE

1º

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

8.10

IOF (R\$)

0.01 13.20

VALOR TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

13/01/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU E LIMA

Roberto Carlos Moraes

DATA

14/01/20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200359250 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENO JUNIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER PG. 1,13. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200359250 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENO JUNIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER PG. 1,13. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º METACARPO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____

IDENTIDADE: 210862233066 CPF: 092.047.224-95

ENDEREÇO: RUA GENERAL ABREU E LIMA 187 - JARDIM
CAETES - ABREU E LIMA - PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 5962094 CPF: 092.760.234-32

ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISTO DE CARVALHO N° 338
CENTRO - IGARASSU - PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me

- Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.

Abreu e Lima 05 de OUTUBRO 2020

x Helena Junio da Silva

=Assinatura do Outorgante=

Por autenticidade