

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

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

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: 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 N° 445/2012

5- Nome completo: 6- CPF:
HELENO JUNIO DA SILVA 092.047.224-95

7- Profissão: 8- Endereço: 9- Número: 10- Complemento:
RECUSO RUA GENERAL ABREU E LIMA 187 CASA

11- Bairro: 12- Cidade: 13- Estado: 14- CEP:
JARDIM CAFÉS ABREU E LIMA PE 53360-270

15- E-mail: 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:

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

20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21- DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (287) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 ALUSÃO 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 atende 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. 39, §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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24- Data do óbito da vítima:

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

28- Vítima teve filhos? Sim Não 29- Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30- Vítima deixou maduro(a)res? 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 devidos, 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- Inscrição 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- 1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39- 2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

* HELENO JUNIO (P. S. S. LIMA)

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

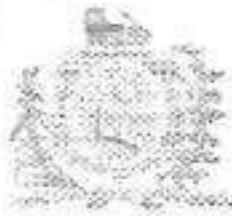
Helelo Júnio (P. S. S. LIMA)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol-5.0.9/uml/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 N.º 20E0117001197

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposo (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: 53370-499 - Ponto de Referência: NA FRENTES DA FACHA Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 HELENO JUNIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

HELENO JUNIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: TAHIA BARBOSA DA SILVA Pn: HELENO PAULO DA SILVA Data de Nascimento: 12/11/1991 Naturalidade: ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 79899997300/PE (RG)
 Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
 PROFISSÕES: telefones e celulares: - 983336604

Endereço Residencial: RUA GENERAL ABREU E LIMA, 187 - CEP: 5 - Bairro: ALTO SÃO MIGUEL - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): HELENO JUNIO DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(a): HELENO JUNIO DA SILVA
 Cód. Interno/Modelo: MOTOCICLETA/MONOC/00 100 FAM MIX 0001 Objeto apreendido.

um de ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/mfpol-3.0.9/bin/B...

Moto

Cor: AZUL - Quantidade: 1,000 (UNIDADE)

Placa: OYR0108 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Chassi: SCAGG1680ER539622
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 MENTIONADO, 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 Héleno Júnio da Silva

S.O. registrado por: DEMIS SANTOS DE LIMA - Matrícula: 3996441
(Liberado em 13/07/2020 às 13:14)

1) (m) (s) (s) de Cinc



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 N° 445/2012

5- Nome completo: 6- CPF:
HELENO JUNIO DA SILVA 092.047.224-95

7- Profissão: 8- Endereço: 9- Número: 10- Complemento:
RECUSO RUA GENERAL ABREU E LIMA 187 CASA

11- Bairro: 12- Cidade: 13- Estado: 14- CEP:
JARDIM CAFÉS ABREU E LIMA PE 53360-270

15- E-mail: 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:

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

20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21- DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (287) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1361 CONTA: 41793
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 ALUSÃO 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 atende 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. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23- Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24- Data do óbito da vítima:

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

28- Vítima Sim Não teve filhos? 29- Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30- Vítima deixou maduro(a) (irmãozão)? 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 devidos, 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- 1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39- 2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

* HELENO JUNIO (P. S. S. LIMA)

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

Atendimento: 1209741

Senha da Classificação:

0078

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

Paciente: 110696 HELENO JUNIO DA SILVA

Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDAS Etnia:

Nome Social:

Escolaridade: MÉDIO (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 SÃO 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 / / HORA 23 : 37

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Dores de dor no joelho. Depois que lhe deu febre 38,5 horas.
Nas últimas 24 horas, as dores intensificaram-se.*

EXAME FÍSICO:

Está deitado em cama (E).

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Dores de dor no joelho (E).

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Exames de laboratório: 1º Fase (E).

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*- Rx - Rx de dor no joelho (ARTA - 5769662) /
- Rx de dor no joelho (ARTA - 5769662)*

HORÁRIO

Médico / Cremape:

ENCAMINHADO: Ambulatório Sala Verde

Médico / Cremape:

Sala Amarela

Sala Vermelha

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



LÍIMITO DE CRÉDITO
Quanto você pode gastar no cartão R\$ 2.174,00

Compras à vista

Vencimento: 25/09/2020
SEXTA-FEIRA

Total a pagar
R\$ 875,13

Créditos
R\$ 875,13

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

Compras e Débitos
R\$ 932,29 (Y)

Total a pagar dessa fatura

R\$ 932,29

20471

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A partir de agosto de 2020 o desconto 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: 4009-0208 Capital e Região Metropolitana, demais localidades: 0800 705 2332.

NUMERO DA Fatura

Adquira nossos seguros em [Assuredes.com](#) e concorra a R\$ 10.000 por mês. Saiba mais sobre a nossa Central de Atendimento.

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Italia por dia	2,00 a.m.
Encargos contráteis no período	10,00 a.m.
Encargos internos no período	10,00 a.m.
Saldo efetivo total	720,00 a.m.
Encargos simples no período	14,00 a.m.
Juros de bônus	1,00 a.m.
IOF Adicional	0,00 a.m.
IOF Fazenda/Brasil	0,0000 a.m.

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.

HELENO JUNIOR DA SILVA

2306XXXXXXXX5475

PARCELAMENTO TOTAL NÃO DISPONÍVEL

Data	Descrição	Valor (R\$)
-	Total da fatura anterior	875,13
29/08	OBRIGADO PELO PAGAMENTO	-875,13
15/04	Compra Parcelada Parc.5/6 - MOTO GLX	46,94
14/08	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 SANTINNI	67,48
03/09	Compra a Vista - USERBR UBER TRIP HELP	8,59
09/09	Compra a Vista - DL - GOOGLE ROBLOX	1,50
14/09	Anuidade Bônus	19,90
14/09	Avulso/a Emergencial Credito	15,00

continua na página ao lado >

OUTRAS OPÇÕES DE PARCELAMENTO

A 12x de R\$ 119,40

Total: R\$ 1.428,80

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\$ 1.143,78

Juros: 8,99% a.m.

• Para aderir aos outros parcelamentos eletrônicos deve ser pago o valor exato da entrada (incluso os juros).

• Caso queira antecipar parcelas, com desconto proporcional dos juros, entre em contato com nosso atendimento.

• Verifique disponibilidade de juros pleno de pagamento 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

23792.36702.90300.747103.12000.160502.1.0000000000000000

Linha de Pagamento:
PARA SUA CONVENIÊNCIA, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGENCIA BANCÁRIA.

Bandeira:
FIDC FORTBRASIL - 29.665.263/0001-00 - Av. das Américas, 3434, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ

Data da Compra: 14/09/2020 | Número do Documento: 3007471012 | Endereço Doc: DM | Anexo: N | Data de Pagamento: 14/09/2020 | Agência / Código Beneficiário: 2367 / 1605-5 | Referência: 09 / 030074710122

Nº de parcelamento: | Data: 09 | Cédula: R\$ | Quantidade: | Valor Médio: | Início da documentação: 932,29

Informações:
Ao Cartão: Receber independentemente da data. Não receber pagamentos com cheques;
Ao Cliente: Dá 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 juros 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 de fatura. Para consultar, pague o valor total da opção escolhida.

Após 15 dias de atraso, pague na loja* ou no BRADESCO.

* Verifique disponibilidade

* Os direitos de crédito oriundos desta fatura foram cedidos ao fundo de investimento em direitos creditícios FortBrasil.

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

Promoção de Companhia | AUTENTICAÇÃO DIGITAL





www.credicard.com.br SAC 0800 720 0031



9999914

XXXXXXXXXXXXXX
CIC/CEPEPEL/1
PC-11
SONIA MARIA LINS DE SOUZA
R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO
53610-433 IGARASSU - PE



7211094230026830020002424730 291119

Pagamento: 29/11/2019

Vencimento: 11/12/2019

Entrega: 27/11/2019

Fechamento próxima fatura: 22/12/2019

Total de

Estados

Saldo fin

Lançam

Total d

Atenções:

carteira de
fatura, incid

Titular: **SONIA MARIA LINS DE SOUZA**
Cartão: **5358.0000.0000.0568**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de

vencimento

A) pagamento total

B) pagamento mínimo

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: 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/BIBLIOTECAWEB/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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGAT LINS DE SOUZA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.760.234 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

HELENO JUNTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 092.047.224 / 95

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima À MESA

inscrito (a) no CPF sob o nº _____ / _____ 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estevo 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 NELO</u>	Número:	<u>338</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>TOCANTINS</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>RECUUSA</u>			CEP:	<u>53610453</u>
				Tel.(DDD):	<u>81985992359</u>

Local e Data: TOCANTINS 05 DE OUTUBRO DE 2020

Hanse Lindberga Lins de Souza

Assinatura do Declarante

E



SC: 119 %

Paciente: HELENO JUNIO DA SILVA ID: 88036 Data: 11/06/2020 13:18:29
Ano: 12/11/1961 Gênero: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL - HOSPITAL MIGUEL ARRAES

FUJIFILM

Serviço de Imagens:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Eletrocardiograma

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



hma.imip.org.br



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

E



SC: 170 %

Name: HELENO JUNO GOMES
ID: 88002 Date: 11/08/2020 13:18:20
Nasc: 12/11/1981 Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTORIZADA DIGITAL - HOSPITAL MIGUEL ARRAES

FUJIFILM

Serviço de Imagens:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha 5/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.lmip.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: PARDAS Etnia:

Nome Social:

Escolaridade: MÉDIO (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 SÃO 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 / / HORA 23 : 37

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Dores de dor no joelho. Depois que lhe deu febre 37,8 horas.
Nas últimas 24 horas, as dores intensificaram-se.*

EXAME FÍSICO:

Está deitado em cama (E).

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Dores de dor no joelho (E).

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Exames de laboratório: 1º Fase (E).

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*União Universitária
Faculdade de Medicina
Centro Universitário
Faculdade de Medicina*

HORÁRIO

<i>Prescrição médica</i>	<i>Assinatura</i>
<i>- Dolor de dor no joelho (HTA - 5769622)</i>	
<i>- Fazendo exames de escala. La PMS</i>	

Médico / Cremape:

ENCAMINHADO: Ambulatório Sala Verde

Médico / Cremape:

Sala Amarela

Sala Vermelha

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

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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 MOTOCICLISTA.
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 %

**REVISADO
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

FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **530756**

Usuário: JULIANAPP

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: , 160 - ALTO SAO MIGUEL	CEP 53565360 - ABREU E LIMA - PE
Endereço: RUA BAHIA			
Origem: INTERNACAO	Dados da Internação		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 06/07/2020 04:10		
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.:	FATURADO
lereço:	- Número:	SE 03 1030	
efone:	Cidade:	Estado civil:	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: Bons com dígitos clínicos.

Diagnóstico Principal.....: Fratura de base da 1ª metacarpo esquerdo

Diagnóstico Secundário01.: REVISADA

Diagnóstico Secundário02.: CCIH-HM!

Procedimento.....: DRFP com fiss K de 3ª metacarpo esquerdo.

Dr. Ian Buchman - FITE
Ortopedia / Cirurgia Vasculogia
CRM-PB 20259 / 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, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA

DATA DE NASC.: 12/11/1991

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 88039

SETOR:

ENFERMARIA:

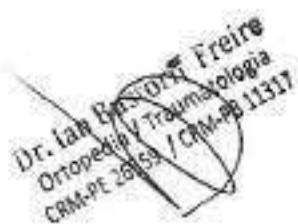
LEITO:

TRAUMATOLOGIA	
DATA/HORA	
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
	<i>Fr. na base do 1º MTC com dor, NV +</i>
05/07/2020	<i>UD: Frat da Base do 1º MTC E Pct EGB levemente orientado NV + com dor, NV + UD: Agendada cirurgia</i>
06/07/2020 18:30	<i># Note Operatório Pct submetido a procedimento cirúrgico, se internou Col. ① A SR.</i>

Andre Chaves de Miranda
 Cirurgião / Traumatologista
 CRMPE: 29416

07/07/20

- 16h **# HJ:** RFFF com: fricaz K de ~~gratulna de ferro de 1: medicorpo G.~~
Paciente insulí serm sintoxicinas, resp. nectis aguizos.
EGB: consciente, eupneica, aférre.
Cet: ① volta hospitalor ci teleforno si acompanhamento ambulante.
② Orientações gerais



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

Nome do Paciente:

Heleno Júnior da Silva

Idade: 20

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

Abreu e Lima

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta

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 ()

Quada: () 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 quedas de moto
após ter feito a moto ()*

Hipótese Diagnóstica:

Franchezas de fratura - luxação - lesões de face

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X _____

Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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 () Lenticificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filitiforme () 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

Aviso de Cirurgia: 65583
Paciente: 88039
Convênio Atend.: 1
Leito: 710
Dt. Início: 06/07/2020 16:25
Cid Pré-Operatório: S623
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003 SALA 03
HELENO JUNIO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-34
Dt. Fim: 06/07/2020 17:50
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Atendimento: 530756
Carteira:
Idade: 28 Anos

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

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

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 ANTISSEPSIA

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 da Miranda
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE: 29416

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



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA

DATA NASC.: 12/11/91

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:99039

IDADE:28 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:05/07/2020

DATA DA ALTA: 7/7/20

DIAGNÓSTICO:

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

TRATAMENTO REALIZADO:

- REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO PERCUTANEA COM FIOS K

+ Tela gesso

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 PURULENTA, 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 DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

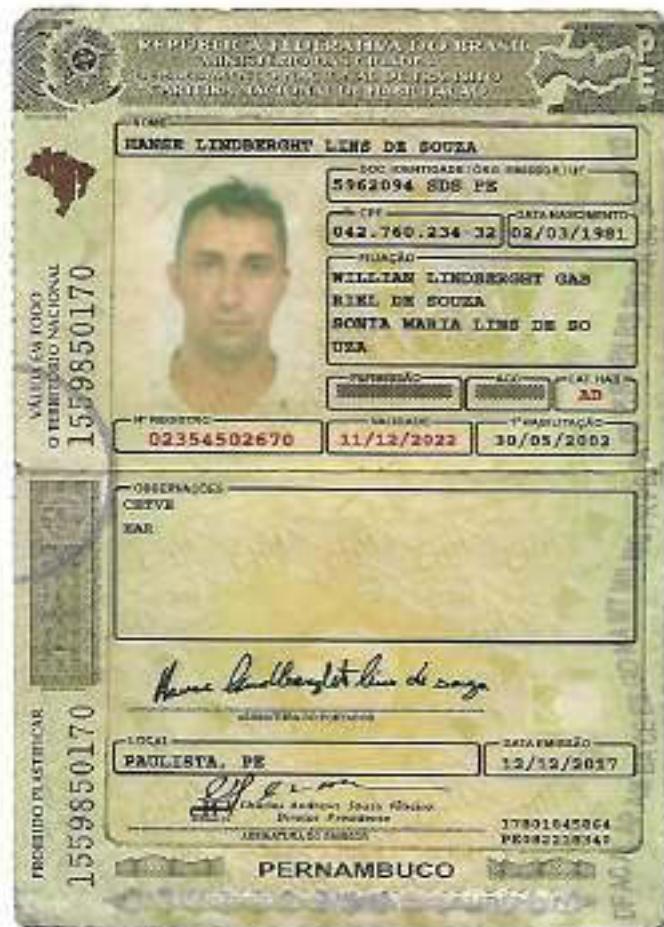
PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

*Dr. Jan Busioroff Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 10959 / CRM-PB 11317*

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
DEPARTAMENTO DA AVIAÇÃO DE GUERRA
CARTEIRA DE HABILITAÇÃO

NOME

HELENO JUNIO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE ORG. EMISSOR UF

210862233066 MEX PE

CPF

092.047.224-95

DATA NASCIMENTO

12/11/1991

FILIAÇÃO

HELENO PAULO DA SILVA

TANIA BARBOSA DA SILVA

PERMISSÃO

ACE

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05165739973

VALIDADE

01/02/2021

1ª HABILITAÇÃO

09/07/2013

OBSERVAÇÕES

EAR

Heleno Júnio da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO

01/02/2018

Charles Andrade Souza Ribeiro
Director Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

00145467588
REGISTRAIS

PERNAMBUCO

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL
1563912341

CARTEIRA DE HABILITAÇÃO

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 - 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: HELENO JUNIO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____
IDENTIDADE: 2108 622 33066 CPF: 092.047.224-95
ENDEREÇO: RUA General ABREU e Lima 187 - Jardim
CAETES - ABREU e Lima - PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGAT LINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962094 CPF: 092.760.234-32
ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NEIRO 338
Centro - Igaraçú - PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio 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 Heleno Junio da Silva
=Assinatura do Outorgante=
Por autenticidade