

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

22/01/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320001558301

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** SILVIO CORREIA DE SOUZA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00049

**CONTA:** 000984631875

---

---

**Número da Autenticação**

BC3FE8085B5D43BB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200015583 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVIO CORREIA DE SOUZA **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO) P15 16 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** IMAGEM: P19 20

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 completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200015583

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SILVIO CORREIA DE SOUZA

**Data do acidente:** 13/04/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO) P15 16 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** IMAGEM: P19 20

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 completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |



**CLÍNICA MÉDICA - EVOLUÇÃO SALA AMARELA**

|                        |  |                |                 |  |
|------------------------|--|----------------|-----------------|--|
| <b>NOME</b>            |  | <b>ID</b>      | <b>DATA:</b>    |  |
|                        |  |                | <b>REG</b>      |  |
| <b>HD:</b>             |  |                | <b>LEITO</b>    |  |
|                        |  |                |                 |  |
| <b>TRANSFERÊNCIA :</b> |  | <b>SENHA :</b> | <b>HORÁRIO:</b> |  |
|                        |  |                |                 |  |

EM USO DE: vide prescrição médica

ANAMNESE:

|            |       |          |         |         |              |
|------------|-------|----------|---------|---------|--------------|
| Anorexia   | Febre | Cefaléia | Náuseas | Vômitos | Sangramentos |
| Evacuações |       | Diurese  |         | Sono    |              |

**EXAME FÍSICO**

GERAL: ( ) EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg  
 ACV: ( ) RCR EM 2T \BNF SEM SOPROS ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ bpm  
 AR: ( ) MV; EM AHT \ SEM RA ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ ipm  
 ABD: ( ) PLANO; ( ) SEMIGLOBOSO; ( ) GLOBOSO; ( ) INDOLOR A PALPAÇÃO \ SEM VMG;  
 ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_ RHA \_\_\_\_\_  
 EXT ( ) N.D.N ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

CONDUTAS:

KOTE SEGUROS.  
Erica Araujo  
09/10/2020

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME:** SILVIO CORREIA DE SOUZA

**1. Ocorrência da Emergência:** 709382

**1.1 - Atendimentos em:** 13/04/19

**1.2 - Às 17 horas e 28 minutos.**

**1.3 - Internado:**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1116643**

**2.1 - Internado em:**

**2.2 - Alta em:**

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL COM TRAVA ARTICULAR DIREITA.

**4. Tratamento:** TALA AXILO PALMAR DIREITA.

**5. Observação:** COLISÃO MOTO X BICICLETA.

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DO SANTO AMARO EM 14/04/19.

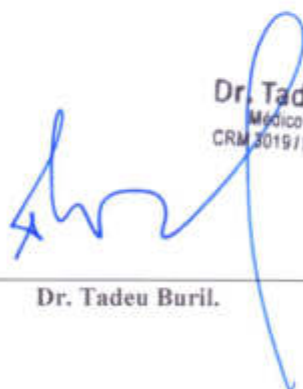
DATA: 4.6.2019

HORA: 09:09:42

PASTA: 01.06.2019

TB

RS

  
**Dr. Tadeu Buriel**  
Médico Vascular  
CRM 3019 / Mat. 0586688

Dr. Tadeu Buriel.

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/04/2020



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 709382

Prontuário: 1116643

Nome: SILVIO CORREIA DE SOUZA

Data Nasc.: 09/03/1975

Idade: 44

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4452891

CNS: 706200765437270

Endereço: RUA VESPASIANO

Nº: 60

Bairro: ALTO JOSE DO PINHO

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52210350

Fone: 86592576

Profissão:

Nome da Mãe: SONIA CARNEIRO DE SOUZA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA NOVA DESCOBERTA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5661761, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / BICICLETA, COM DOR E EDEMA EM MSC

Acidente de Trabalho: Sim  Não

2 - ATENDIMENTO DATA 13/04/2019 HORA: 17:28 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

*Parada sobre as colônias após motocicleta e bicicleta  
hoje à noite; o mesmo lugar TCE*

História do Trauma

|  |  |  |
|--|--|--|
| Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>     | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | Acidente de Trabalho: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>   |
| Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>     | Tipo: <i>trânsito</i>  |  |
| Colisão: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                  | Tipo:  | Motorista: <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>          |
| Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>            | Local de Impacto: <i>rua</i>   |  |
| Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>      | Tipo:  | Sofreu Queda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m |
| Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>               | Por:   | Transporte Realizado por:  |
| Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |  | Por que:   |

Observações:

*HNO (-)  
DMC (-) tabagista não usa medicamentos*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pérvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: C°

*edema + dor no punho D*

B: Respiratório

*s/alt*

C: Circulatório

PA: x mm Pulso: bpm:

*torço no pescoço < 3 segundos*

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular  
Score: 4 Hora:

Glasgow: Resposta Verbal  
Score: 5 Hora:

Glasgow: Resposta Motora  
Score: 6 Hora:

*afecção sensitiva no membro*

*KOTE SEGUNDA  
Erica Araújo  
09/04/2019 0294812*





# HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



|  |  |
|--|--|
| <b>E: Abdômen</b>  |  |
| Diagnóstico Inicial: <i>1) Síndrome do coudo distal e/trauma articular</i>   |  |
| Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica  |  |
| Exames Solicitados: 1 - Especializados<br><i>RX e/trauma articular</i>   |  |
| Resultado de Exames:<br><i>2) exame TC no punho<br/>3) RNT 8.000, 100, punho e coudo e<br/>VAC 0,42 no coudo</i>   | Código Procedimento:<br><i>Múcio Leônico Lima Filho<br/>Traumato - Ortopedista<br/>CRM 17279 - PE</i>  |
| Tratamento / Procedimentos:<br><i>VAC 0,42</i>   | Ass. Médico + Carimbo<br>Código Procedimento:  |
| Indicação Cirúrgica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:  | Ass. Médico + Carimbo  |
| Evolução de Enfermagem:  | Ass. Enfermeira + Carimbo  |
| Diag. Definitivo:  |  |
| <b>Definição do Caso:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se    | <b>Condição de Alta:</b><br><input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado<br><input type="checkbox"/> Óbito |
| <b>Informação do Serviço Social</b>  |  |
| Confirmação do Nome:   | Assist. Social:  |
| Confirmação do Endereço:   |  |
| Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>  | Assist. Social   |
| Observações:   |  |
| <b>Autorização para Alta / internamento / Transferência</b> <i>STC Araujo</i>  |  |
| Médico:  | CRM/CRO: Data: Hora:   |
| <b>Termo de Responsabilidade Para Internamento :</b>   |  |
| - Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários. |  |
| Data: _____  | Nome completo legível: _____   |
| Nº da Identidade: _____  | Assinatura: _____  |
| <b>Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :</b>  |  |
| - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.  |  |
| Data: _____  | Nome completo legível: _____   |
| Nº da Identidade: _____  | Assinatura: _____  |
| Cadastramento: 13/04/2019 17:28 h JOSENEIDEAS  | Impressão: 13/04/2019 17:28 h JOSENEIDEAS  |

Médico

*KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/10/2020*

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 13/04/2019 17:17

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| Nome Paciente:      | SILVO CORREIA DE SOUZA |
| Cód. Paciente:      |                        |
| Data de Nascimento: | 09/03/1975             |
| Sexo:               | Masculino              |
| Idade:              | 44                     |
| Senha:              | E0021                  |
| Convênio:           | -                      |
| Atendimento:        |                        |
| SAME:               |                        |

Período: 13/04/2019 17:18 - 13/04/2019 17:18

EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO RESULTANDO DOR EDEMA EM MSD

Observação: SENHA 5661761

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4

14104112 #50T#

HA: Exame físico normal a nível cervical.

Parado no andar, seguras no nariz.

Exames OK

CD: 11 + pun da P. c. c. + c. c. c.  
Lab. OK

Arlisson Ferreira Leite  
2º Tenente Médico  
CREMEPE 24082  
IDT 070515177-7 MD/EB

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
09/04/2020

Acolhido(a) por: EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/04/2019 17:18



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA**

NOME: \_\_\_\_\_

Nº DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | IDADE > OU IGUAL 65 ANOS                                      |
| <input type="checkbox"/> | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS                                    |
| <input type="checkbox"/> | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO                                   |
| <input type="checkbox"/> | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE                                      |
| <input type="checkbox"/> | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA                              |
| <input type="checkbox"/> | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| <input type="checkbox"/> | HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA                                      |
| <input type="checkbox"/> | ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)                        |
| <input type="checkbox"/> | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA           |
| <input type="checkbox"/> | SEDAÇÃO/ANESTESIA   |
| <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL             |
| <input type="checkbox"/> | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL                                  |
| <input type="checkbox"/> | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA  |
| <input type="checkbox"/> | PACIENTE CIRÚRGICO  |

**CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.**

|                          |                        |                          |               |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | COLOCADO PULSEIRA ROXA | <input type="checkbox"/> | NÃO SE APLICA |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|

**ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:**

|                          |     |                               |
|--------------------------|-----|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SIM | ASSINATURA (ORIENTADO): _____ |
| <input type="checkbox"/> | NÃO |                               |

**RECOMENDAÇÕES:**

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apolar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: \_\_\_\_\_

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
 Recife/PE - CEP 50.650-290  
 Fone: 0XX 81.31845600

*NOTE SEGUROS*  
*Erica Araújo*  
*09/10/2020*



### Protocolo de Encaminhamento

SENHA 566123

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

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Silvio Coração de Souza Idade: 44  
Sexo: M  F ( ) Profissão: Arquiteto Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: Rua Vera Cruz nº 60 Bairro: Aldeia  
Cidade: Recife

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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 ( )  
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: Motociclista vítima de acidente com moto e buca  
em 20/09/2020 em Rua Vera Cruz - Aldeia  
Hipótese Diagnóstica: Fratura de fêmur direito

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.O.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
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

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/10/2020

Assinado em 11-10-2020

João Bosco B. L...  
Otopedia / Traumatologia  
CREMEPE 26.670

EXAME NEUROLÓGICO

avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sem compreensão 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )
Dificuldade na fala ( )
Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )
Lesões Intra-Torácicas: S ( ) N ( ) Fratura Pélvis: S ( ) N ( )
Lesões Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S ( ) N ( ) Informante: Víctima ( ) Outros ( )
Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )
Uso outras drogas: S ( ) N ( ) Informante: Víctima ( ) Outros ( )
Lolá ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaine ( ) Crack ( ) Lança perfume ( ) Anfetaminas ( ) Écass ( )

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )
Imobilização Tala Gessada: S ( ) N ( )
Antibioticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar:
Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )
Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )
Ventilação Mecânica: Modalidade:
FIO2:
Reanimação Cardíopulmonar: S ( ) N ( )
RX: S ( ) N ( ) Analgesia: S ( ) N ( )
Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar:
Volume de Fluidos Infundido:
Outras Condutas:
Intercorrências:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TTO Bilateral

ADRIUS CASALIYA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:
Médico Regulador:
Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

João Bosco B. G. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

Local e data

Médico Assistente

KO...
Erica...
09/01/2020



Transfêrência de serviços de saúde  
**Protocolo de Exame de Emergência**  
 DATA: 16.2.06 HORA: 14:00  
 SENHA: 5661761

TIPO DE OCORRÊNCIA:  
 Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrica ( ) Psiquiátrica ( )  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Doméstico ( ) Local de Trabalho ( )

Nome do Paciente: Silvia Cordeira de Souza Idade: 64  
 Sexo: M (X) F ( ) Profissão: Aposentada Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: Rua Impassional N° 60 Bairro: Casa Amarela  
 Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)  
 Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passageiro ( )  
 Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
 Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Rodagem ( )  
 Motocicleta: Motociclista (X) Passageiro ( ) Uso de Equipamento ( )  
 Semi-Afogamento/Submersão ( ) Sofocamento ( )  
 Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
 Queimaduras: 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° 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: Motociclista vítima de queda Moto x Bicicleta  
em Rua da Glorificação em Centro de Recife  
 Hipótese Diagnóstica: Fratura de Fêmur com Desvio

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**  
 Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Turgor Interocelares S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas S ( ) N ( )  
 Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax S ( ) N ( ) Gemido Esternal S ( ) N ( )  
 Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Auricular: S ( ) N ( )  
 Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Fino ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

|   |   |
|---|---|
| FR: RN 35-50<br>< 1 ano 30-50<br>Crianças 20-30<br>Adulto 12-30 | FC: RN 120-160<br>< 1 ano 90-140<br>Criança 80-110<br>Adulto 60-100 |
|---|---|

Assinado por meu Pai

João Bosco B. C. N.  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CREMEPE 26.670

EXAME FÍSICO  
 Avaliação Primária:  Resposta Verbal ( )  Estímulo Doloroso ( )  Inresponsivo ( )

**ABERTURA OCULAR**

- Abertura Ocular Espontânea 4
- Abertura Ocular a Voz 3
- Abertura Ocular a dor 2
- Sem abertura ocular 1

**RESPOSTA VERBAL**

- Orientado 5
- Confuso 4
- Resposta Inapropriada 3
- Sons Incompreensíveis 2
- Sem resposta verbal 1

**RESPOSTA MOTORA**

- Obedece ao comando 5
- Localiza Estímulo Doloroso 4
- Retirada ao Estímulo Doloroso 4
- Descorticação 3
- Descerebração 2
- Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Classificação TCE pela ECG  
 ECG 3-8: TCE Grave  
 ECG 9-13: TCE Moderado  
 ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio excessivo labial ( )  
 Dificuldade na fala ( )  
 Avaliação Pupilar: Isocóncavas ( ) Anisocóncavas ( ) Mídiase ( ) Míose ( )

**NATUREZA DA LESÃO**

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )  
 Lesões Intra-Torácicas: S ( ) N ( ) Fratura Pélvis: S ( ) N ( )  
 Lesões Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

**USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS**

Uso álcool: S ( ) N ( ) Informar:  Quantidade:  Hábito Alcolílico ( ) Alteração na Marcação ( ) Sinais de Intoxicação ( ) Alteração no Hemor (-)   
 Uou outras drogas: S ( ) N ( ) Informar:  Vítimas ( ) Outros ( )  
 Lóio ( ) Maconha ( ) Coca ( ) Ecstasy ( ) Heroína ( ) Anfetaminas ( ) Exato ( )

**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )  
 Imobilização Tala Gessada: S ( ) N ( )  
 Antibióticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )  
 Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )  
 Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )  
 Ventilação Mecânica: Modalidade: \_\_\_\_\_  
 Reanimação Cardiorpulmonar: S ( ) N ( )  
 RX: S ( ) N ( ) Analgésia: S ( ) N ( )  
 Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Volume de Fluidos Intancido: \_\_\_\_\_  
 Outras Conduas: \_\_\_\_\_

FIQ2: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

*TTO CIRURGIA*

**CONCLUSÃO DO ACOMPANHAMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_  
 Médico Regulador: \_\_\_\_\_  
 Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

João Bosco B. C. NETO  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CREMEPE 26.670

Local e data

Médico Assistente

007-02 CLINICA

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SILVIO CORREIA DE SOUZA**,  
**prontuário nº 1168393**, admitido neste hospital em 14/04/2019 com diagnóstico  
de Fratura de rádio distal direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico.  
Recebeu alta com melhora clínica em 17/04/2019.

Recife, 25 de Maio de 2019.

*Roberta C. de Almeida*  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 13434

**Drª Roberta Cavalcanti de Almeida**  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo.  
*09/05/2020*



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)  
Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino  
Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA  
RG: 4452891

Data: 16/04/2019

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirúrgico de fratura do radio direito e ulna  
Neurólise do Mediano

arpó

Osteotomia do rádio CÓDIGO: 04.08.02.042- 3  
04.03.02.007-7  
04.03.02.012-3  
04.08.06.019-0

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de fratura do radio direito e ulna  
Neurólise do Mediano

arpó

Osteotomia do rádio CÓDIGO:04.08.02.042- 3  
04.03.02.007-7  
04.03.02.012-3  
04.08.06.019-0

| COD. | EQUIPE           | NOME             | MATRICULA |
|------|------------------|------------------|-----------|
| 1    | CIRURGIÃO        | :ANTONIO QUEIROZ | 19797     |
| 2    | 1.AUX CIRÚRGICO: |                  |           |
| 3    | 2.AUX CIRÚRGICO: |                  |           |

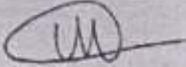
4360


6 CLÍNICA MÉDICA :

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/04/2020

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO. CRM: 27429. Data e Hora: 18/04/2019 10:18:07.

  
Victor M. C. Cardoso  
Médico  
CRM-PE 27429

  
Victor M. C. Cardoso  
Médico  
CRM-PE 27429



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)

Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA

RG: 4452891

Data: 16/04/2019

**RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS**

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO**

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:**


**MOTIVO DA ALTA  
MELHORADO**

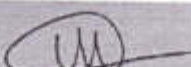
**Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO**  
CRM: 27429

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/04/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO. CRM: 27429. Data e Hora: 18/04/2019 10:18:07.

  
Victor M. C. Cardoso  
Médico  
CRM-PE 27429

  
Victor M. C. Cardoso  
Médico  
CRM-PE 27429

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)

Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA

RG: 4452891

Data: 16/04/2019

## BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 16/04/2019 - 13:07

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do radio distal direito + fratura do estilóide ulnar direito

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do radio direito e ulna (COD: 04.08.02.042- 3) + Neurólise do Mediano (COD: 04.03.02.007-7) + Tratamento cirúrgico de síndrome do túnel do carpo (COD:04.03.02.012-3) + Osteotomia do rádio (COD: 04.08.06.019-0)

Cirurgião: Antonio Queiroz

Anestesiista: Bloqueio de plexo + sedação

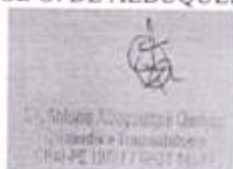
Anestesia: Ajalmar

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Assepsia e antisepsia o membro superior direito.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) Incisão volar sobre punho pela via de Henry + dissecação por planos e liberação do retináculo do túnel do carpo.
- 6) Identificado intensa fibrose em volta do nervo mediano e realizado neurolise do mesmo.
- 7) visualizado foco de fratura o foco de fratura do radio sem condições de acessar afundamento da superfície articular.
- 8) Realizado osteotomia do radio e conseguido acessar e levantar superfície articular distal que encontrava-se afundada
- 9) redução provisória com fios K
- 10) colocação de placa bloqueada para radio distal e realizado fixacao da mesma

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: ANTONIO JOSE O. DE ALBUQUERQUE QUEIROZ. CRM: 19797. Data e



KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/04/2019

Hora: 16/04/2019 16:11:14.



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)

Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA

RG: 4452891

Data: 16/04/2019

com parafusos bloqueados e cortical 3,5mm

10) boa reducao e posicionamento dos implantes, sem invasao articular, por radioscopia.

11) Sutura de planos profundos até pele

12) curativo estéril

13) boa perfusao periferica

14) A SRPA

MEDICO:Dr. ANTONIO JOSE O. DE ALBUQUERQUE QUEIROZ  
CRM:19797

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/04/2020

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: ANTONIO JOSE O. DE ALBUQUERQUE QUEIROZ. CRM: 19797. Data e



Hora: 16/04/2019 16:11:14.

# Relatório Médico de Alta

Nome: **SILVIO COELHO REIA DE SOUZA**  
 Reg.: 636289 Pront.: 1168393  
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 09/03/1975 Idade: 44  
 Conv.: RETAGUARDA GETULIO Admissão: 14/04/2019 16:19 Alta: 17/04/2019 06:29

Admissão:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

| Unidade                  | Admissão         | Alta/Transferência | Tempo    |
|--------------------------|------------------|--------------------|----------|
| ENFERMARIA SAO FRANCISCO | 14/04/2019 16:19 | 17/04/2019 06:29   | 3 dia(s) |

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES  
 ATB+ANALGESIA  
 RX CONTROLE  
 RETORNO AO AMBULATORIO DE ALVARO COSTA NO DIA 30/04/19  
 TALA AXILO-PALMAR

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO  
 CRM: 27429

*Victor M. C. Cardoso*  
 Médico  
 CRM-PE 27429

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 09/01/2020



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

**LAUDO MÉDICO**  
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

**DATA:** 17/04/2019

**PACIENTE:** SILVIO CORREIA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

**CID-10: S52.5 FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO**

**DATA DE INTERNAMENTO:** 14/04/2019

**DATA DA CIRURGIA:** 16/04/2019

**DATA DE ALTA:** 17/04/2019

**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 30/04/2019

**MEDICO ASSISTENTE:** DR. ANTONIO QUEIROZ

Victor M. C. Cardoso  
Médico  
CRM-PE 27429

**Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO**  
**CRM: 27429**

KOTE SEGURANÇA  
Erica Araujo  
09/01/2020





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013609/20

**Vítima:** SILVIO CORREIA DE SOUZA

**CPF:** 832.420.664-72

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/04/2019

**Titular do CPF:** SILVIO CORREIA DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**SILVIO CORREIA DE SOUZA : 832.420.664-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020  
Nome: SILVIO CORREIA DE SOUZA  
CPF: 832.420.664-72

SILVIO CORREIA DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE NAVEGAÇÃO

**SILVIO CORRÊA DE SOUZA**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
4452891 RDD PE

CPF / DATA NASCIMENTO  
832.420.644-72 09/03/1975

PLACAO  
JOSE CORRÊA DE SOUZA  
SONIA CARREIRO DE SOUZA

PONTO  
[ ] RSC [ ] CAT. RMB [ ] A

PREST. DE VIGENCIA / VIGENCIA / VALIDADE  
5459623048 05/12/2019 09/03/2010

OBSERVAÇÕES  
 sem observações

*Silvio Corrêa de Souza*

LOCAL / ATRIBUIÇÃO DO PORTADOR / DATA EMISSÃO  
 RECIFE - PE / [ ] / 05/12/2014

54168102818  
 PR061188605

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1017721760

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1017721760

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 09/01/2020



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105001863**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/09/2019** às **11:55**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **13/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BOMBA DO HEMETERIO, 1** - Bairro: **BOMBA DO HEMETERIO** -  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
SILVIO CORREIA DE SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SILVIO CORREIA DE  
SOUZA

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

**SILVIO CORREIA DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA CARNEIRO DE SOUZA** Pai:  
**JOSE CORREIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **9/3/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **4452891/SDS/PE (RG), 83242066472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COMERCIANTE**  
Telefones Celulares:  
- **988484546**

Endereço Residencial: **RUA VESPASIANO, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO -**  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SILVIO CORREIA DE SOUZA**, que estava em posse do(a)  
Sr(a): **SILVIO CORREIA DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIN6995** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **203432932**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

**BICICLETA (BICICLETA)** 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)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU NESTA DELEGACIA QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELA RUA PRINCIPAL DA BOMBA DO HEMETÉRIO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CICLISTA QUE SAIU DE TRAS DE UM COLETIVO FAZENDO COM QUE A VITIMA ENTRASE EM COLISÃO COM O MESMO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS SENGUNDO BOLETEM DE ESCLARECIMENTO Nº 1351124 E 1116643 RESPECTIVAMENTE. A VITIMA SOFREU FRATURA NA MÃO DIRETA SENDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE SEGUNDO PRONTUARIO Nº 1168393.NADA MAIS DISSE ENCERRO ESTA.

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

  
**SILVIO CORREIA DE SOUZA**  
**(VITIMA)**

  
B.O. registrado por: **ALESSANDRA RAMOS DA SILVA MAT. 220.869-5** - Matrícula: **2208695**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105002516**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **15:50**

Complementa o BO Número: **19E0105001863**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **13/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BOMBA DO HEMETERIO, 1** - Bairro: **BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
EDILSON MAXIMINO DOS SANTOS ( OUTRO )  
SILVIO CORREIA DE SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SILVIO CORREIA DE SOUZA  
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**SILVIO CORREIA DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino**Mãe: **SONIA CARNEIRO DE SOUZA** Pai: **JOSE CORREIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **9/3/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4452891/SDS/PE (RG), 83242066472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares:  
- **988484546**

Endereço Residencial: **RUA VESPASIANO, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

Endereço Residencial: **RUA ACAIACA, 257 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDILSON MAXIMINO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO CORREIA DE SOUZA**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/01/2020

13/12/2019 09:11

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

Placa: **KIN6995** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **203432932**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

**BICICLETA (BICICLETA)** 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: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU NESTA DELEGACIA QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELA RUA PRINCIPAL DA BOMBA DO HEMETÉRIO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CICLISTA QUE SAIU DE TRAS DE UM COLETIVO FAZENDO COM QUE A VITIMA ENTRASE EM COLISÃO COM O MESMO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS SENGUNDO BOLETEM DE ESCLARECIMENTO Nº 1351124 E 1116643 RESPECTIVAMENTE. A VITIMA SOFREU FRATURA NA MÃO DIRETA SENDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE SEGUNDO PRONTUARIO Nº 1168393, INFORMOU AINDA QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE ESTA EM NOME DE EDILSON MAXIMINO DOS SANTOS DE RG Nº 5979659/SDS/PE. NADA MAIS DISSE ENCERRO ESTA.

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

*Silvio Correia de Souza*  
**SILVIO CORREIA DE SOUZA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Alessandra Ramos da Silva* **ALESSANDRA RAMOS DA SILVA** MAT. 220.869-5 - Matrícula: **2208695**  
*319.995-9*



*KOTE SEGUROS*  
*Erica Araujo*  
*09/01/2020*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 832.420.664-72 4 - Nome completo da vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: SILVIO CORREIA DE SOUZA 6 - CPF: 832.420.664-72  
 7 - Profissão: COMÉRCIANTE 8 - Endereço: RUA VESPAIANO 9 - Número: 60 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: ALTO JOSÉ DO RINHO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.210-350  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 181) 9.8488-7131

DADOS CADASTRAIS

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 (ANEKAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 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 (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0049 CONTA: 984631875 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 a 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 assinalação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 09/01/2020

MORTE

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 nascituro (viveres)?  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.

MÃO A FIBRILIZADO

34 \_\_\_\_\_  
 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, OLINDA, 13 DE DEZEMBRO DE 2019  
Silvio Correia de Souza  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

---

**Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200015583**

**Vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 13/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), SILVIO CORREIA DE SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200015583**

**Vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 13/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SILVIO CORREIA DE SOUZA**

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: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: **SILVIO CORREIA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000049**

Conta: **000984631875-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

