

P R O C U R A Ç Ã O

OUTORGANTE: PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 72.788.13 SDS-PE e do CPF nº 101.413.704-75, residente e domiciliado na Rua Santa Martinha nº 32, Cavaleiro, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 54.260-170

OUTORGADAS: MARIA EVANE DE AQUINO MOURA ARRUDA LIMA, inscrita na OAB/PE sob o nº 17.620 e CPF: 846.175.434-49, GLAUCIA RODRIGUES MORAIS ALVES, inscrita na OAB/PE sob o nº 45.087 e CPF: 824.724.914-68, ambas com endereço profissional na Avenida Dantas Barreto, nº 512, sala 602, Edifício Tiradentes, Recife-PE, Fone: (81) 3224-6588, local onde poderá receber notificações e intimações que se fizerem necessárias.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo as procuradoras outorgadas, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: PROPOR AÇÃO CIVEL, podendo ainda, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga as Advogadas acima descritas, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica** (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15).

CONTRATO DE HONORÁRIOS: As partes acordam a título de honorários, o percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa ou condenação, pelo que deverá ocorrer a retenção no ato da expedição do respectivo alvará em favor da(o) outorgante.

Recife, 30 de janeiro de 2019.



PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 72.788.13 SDS-PE e do CPF nº 101.413.704-75, residente e domiciliado na Rua Santa Martinha nº 32, Cavaleiro, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 54.260-170. **DECLARO**, que não disponho de condições econômicas para custear o processo em trâmite, sem sacrifício do sustento meu e de minha família, portanto estou assegurado pela Constituição Federal artigo 5º, LXXIV e pela Lei 13.105/2015, art. 98 e seguintes.

Recife, 30 de janeiro de 2019.

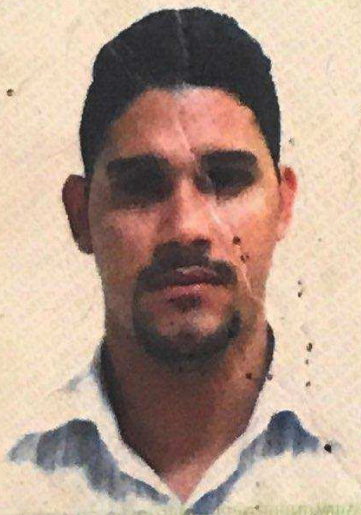

PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE



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

NOME

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

7278813 SDS PE

CPF

101.413.704-75

DATA NASCIMENTO

18/08/1991

FILIAÇÃO

JOAO MIGUEL DE
ALBUQUERQUE

VALDENICE SEVERINA

SANTOS DE ALBUQUERQUE

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05266823651

VALIDADE

07/04/2021

1ª HABILITAÇÃO

03/08/2011

OBSERVAÇÕES

A

Exerce Ativ Remunerada

Paulo Joao de Albuquerque

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

08/04/2016

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

58172668041

PE072236809

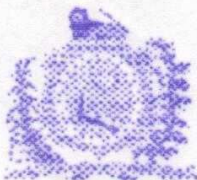
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1223865931

RECIBIDO PLASTIFICAR
223865931





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0102002694**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às **09:50**

Complementa o BO Número: **18E0102002672**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO CURADO, 1 - Bairro. JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
RODRIGO GOMES DOS SANTOS (OUTRO)
PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE (VITIMA)

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALBUQUERQUE Pai: JOAO MIGUEL DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 18/8/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **R- SANTA MARTINHA 32 ALTO DA COLINA- CAVALEIRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MARTINHA, 32 - CEP: 55060-000 - Bairro: ALTO DA COLINA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RODRIGO GOMES DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Data de Nascimento: 4/7/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

/ PERNAMBUCO / BRASIL

Residência: R. LADEIRA DA COLINA-601CAVALEIRO JABOATAO - JABOATAO DOS
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: 1a TRAVESSA DA COLINA, 601 - CEP:
55060-000 - Bairro: ALTO DA COLINA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO
/BRASIL

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

V-1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RODRIGO GOMES DOS SANTOS**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU7963** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

V-2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NAO INF** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA QUE NA DATA CITADA, QUANDO PILOTAVA A MOTO ACIMA CITADA,
QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO QUE NAO SABE DESCREVER O CITADO, A
REFERIDA MOTO HONDA NXR160BROSSESDD, TEVE DANOS RETROVISORES,
CARENAGEM, GUIDON, SETAS, ESTRIBUS, SENDO QUE O SENHOR PAULO JOAO
SOPREU FRATURAS NO TORNOSSELO DA PERNA DIREITA, E ESCORRIACOES NO BRACO
DIREITO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DA IMBIRIBEIA „PELO
EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.. BO COMPLEMENTADO!!!

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

Paulo Joao de Albuquerque
PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MONICA MARIA DE SANTANA** - Matrícula: **350822-3**



ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE	CPF da Vítima 101.413.704-75	Data do Acidente 06-06-2018
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) 81 8402-0434

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

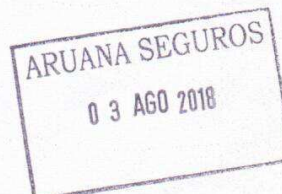
Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

16 de Agosto de 2018
Local e Data



Paulo João de Albuquerque
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RODRIGO GOMES DOS SANTOS,
RG nº 7005537, data de expedição 15/05/2007
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 076.068.714-50, com
Domicílio na cidade de JABOATÃO-GUARARAPES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA LADEIRA DA COLINA, nº 601,
Complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
Mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
Vítima PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE cujo o condutor era
O MESMO.
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR160BROS ESSO
Ano: 2017
Placa: PDU-7963
Chassi: 9C2KD0810HR419705
Data do Acidente: 06-06-2018
Local e Data: 23-07-2018

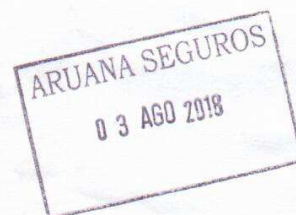
Cartório de Talitá

Rodrigo Gomes dos Santos


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Reconhecido por Autenticidade a firma e a data de: (81) 3251-5130
RODRIGO GOMES DOS SANTOS
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 23/07/2018, 16:03:34. Em test. da verdade.
Caliope José Monteiro da Silveira (12 Sub)
Emol.: R\$ 3,99 TSNR: R\$ 0,80 Total: R\$ 4,79
SELO DE AUTENTICIDADE nº 0073478.VSD07201801.00391
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

3180412123

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327001/18

Vítima: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

CPF: 101.413.704-75

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/06/2018

Titular do CPF: PAULO JOAO DE
ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE : 101.413.704-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.


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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2018
Nome: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
CPF: 101.413.704-75

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 23/08/18

Nº PRONTUÁRIO: 105986

NOME DO PACIENTE: Paulo José de Albuquerque

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 3 meses pós operatório de
fratura de tornozelo direito, tratado com
placa e parafusos.

CID:

Alta do ambulatório.

OBS.: CID: S82.3

Nº DIAS _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

23/08/18

Vinício: S. Couto
Médico
55593-PE

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391

ARUANA SEGUROS
06 SET 2018





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: ☒ 21

Nome: Lucas Gomes data: 06/10/11 Hora: 11:30 Registro: 1004-02
Leito de origem: 104-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Prostatectomia
Tipo de anestesia: raquidural
Equipe: Dr. Figueira Anestesista: Dr. Vitorino

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: 2-6
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde:
Drenos: () não () sim Onde:
Sinais vitais: PA: 120 x 70 mmHg FR: 16 p/min FC: 72 p/min SaPO2: 96
Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>120 x 70</u>	<u>110 x 60</u>	<u>100 x 60</u>	<u>100 x 60</u>	<u>100 x 60</u>	<u>100 x 60</u>
FR	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>16</u>
FC	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>72</u>
SaPO2	<u>96</u>	<u>96</u>	<u>96</u>	<u>96</u>	<u>96</u>	<u>96</u>
Glasgow	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 106 x 89 FC: 76 FR: — SaPO2: 96% Glasgow:

Destino: ☒ Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 06/10/18 Horário: 15:5 Responsável pelo encaminhamento:

Alta da SRPA pelo médico: Dr. 00017868



19013116415100200000040038423

HOSPITAL DOM HELLER CAMARA
PACIENTE Paulo Sato
REGISTRO 06126118
DATA 06/26/18 D



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior
CRM. UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

07/06/2018

Paciente: **PAULO JOAO DE ALBURQUERQUE**

Endereço:

Prescrição:

1) CEFALEXINA 500 MG – 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMP. VO 6/6H DURANTE 07 DIAS

2) Dipirona DIP..... 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) NOVOTRAM(50mg)..... – 01 caixa
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

Dr. Bruno Dalto
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 256693

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome.....
.....
Ident.:.....Órg.Emissor:.....
End.:.....
.....
Cidade:.....UF:.....
fone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

CNPJ: 06.626.253/0674-931
Insc. Est. 055104304
Empreendimentos Pague Menos S/A
Av. São Paulo, Nº 625
Jardim São Paulo - CEP: 55.510-250
RECIFE - PE
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____



Nome: Paula Regina de Albuquerque Registro: 62000 Leito: 10
Procedimento Cirúrgico: Exat Exat Exat Exat Data: 20/06/18 Hora: 14h

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros	

ARUANA SEGUROS
03 AGO 2018



Resumo de Alta Hospitalar

404-2

PACIENTE: PAULO JOAO DE ALBURQUERQUE

REGISTRO: 105996

IDADE:[Status]

DATA ADMISSÃO: 06/06/2018

DATA ALTA: 07/06/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA TRIMALEOLO DO TORNOZELO DIREITO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSO

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO

2) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA ZERO SOBRE O MEMBRO OPERADO

3) NÃO PISAR COM O MEMBRO OPERADO

4) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 21/06/2018

Não ()

de 06:00

às 08:00

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 16693

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018



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

NOME
PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7278913 SDS PE

CPF
301.413.704-75

DATA NASCIMENTO
16/08/1991

FILIAÇÃO
JOAO MIGUEL DE
ALBUQUERQUE
VALDENICH SEVERINA
SANTOS DE ALBUQUERQUE

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05266823651

VALIDADE
07/04/2021

Pº HABILITAÇÃO
03/08/2011

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

Paulo João de Albuquerque
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
06/04/2016

[Assinatura]
ASSINATURA DO DIRETOR

58172668041
PE072236809

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1223865931

PROIBIDO PLASTIFICAR
1223865931

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013434910130
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 1110056211 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
RODRIGO GOMES DOS SANTOS

JAB GUARARAPES-PE

CPF / CNPJ
076.068.714-50

PLACA
PDU7963

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KD0810HR419705

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP. POT. / CIL
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

IPVA 2018 QUITADO

1ª *****

FAIXA I.R.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

NÃO É PARA TRANSFERÊNCIA

JAB GUARARAPES

26/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434910130 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RODRIGO GOMES DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

JAB GUARARAPES-PE

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
26/02/18

VIA 1

CPF / CNPJ

076.068.714-50

PLACA

PDU7963

RENAVAM

MARCA / MODELO

1110056211

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2017

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

9C2KD0810HR419705

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.802/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

101.413.704-75

Nome completo da vítima

PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
PAULO JOÃO DE ALBUQUERQUE		101.413.704-75	MOTORISTA
Endereço	Número		Complemento
RUA SANTA MARTINHA	32		2154
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CAVALHEIRO	JABOTÃO GUARAPES	PE	54260-170
Email	Telefone (DDD)		
	81 8402-0434		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO		NRO.	
BRADESCO		237	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NRO.	NRO.	NRO.	NRO.
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recibo, 03 de Agosto de 2018

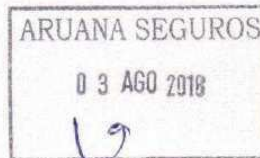
Local e Data

Paulo João de Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

Paulo, João da Remiguenque

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO ☐ SIM

Cirurgia

Fratura luxação de tornozelo direito

Horário

8:00 9:00 10:00

O₂

N₂O

Fluxo

500 500 500 500

ETCO₂

ECG

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Intubação 100ml

Dormomid 50mg

Ufazolun 100mg

Bupiv 15mg

Dobut 80mg

Monitorização

☐ Cardioscópio

☐ Oxímetro

☐ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Genz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☐ NÃO ☐ SIM

Descrever:

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

Solange Iva
Faturamento / SAME
11 JUN. 2018

DRA. REBECA FÉLIS
Médica Anestesiologista
CPF: 057.574.114-40
CRM: 18488

Assinatura do Anestesiologista



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Paulo João de Albuquerque Data: 06/06/18 Registro: 105996
Convênio: SUS Leito: Hora: 07:40

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Polley 1º auxiliar: Louciano
Anestesiista: Dr. Rêvea Instrumentador: Aguel
Circulante: Guilvin

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDI
LAPL	01.06.18 01 03.05.18 01 08.06.182232 03.09.182329	
CRPOTC	04.06.18 02 01.06.18 02 11.06.182339 01.09.182314	
PUNTO DO FOCO	10.01.18 01 01.06.18 02	
BASICO MMET	04.06.18 01 05.06.18 02 11.06.182242 03.09.182346	
ex. 3.5 CROMUS	04.06.18 01 01.06.18 01 04.06.182242 08.06.182229	
ex. TUBO 1 TUBO CROMUS	05.06.18 01 05.06.18 02 05.06.182217 08.09.182348	
Bancalifer Lix. Smarck 25cm	MOTOR BROCA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERVA CME LOTE: 247679 PLASMA EST: 04/06/2018 VAL: 04/06/2019 LAIS PASCHOAL COREY/PE 541.126 WWW.FMRAPEST.COM.BR	05.06.18 01 12.06.182247

STEAM CISA 2018 01 2023 01

2551

US Patent 6,118,883

Accept if indicator is shown on the 1st indicator

ISO 11140 Class 4

2551

STEAM CISA 2018 01 2023 01

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018



PACIENTE: Paulo João de Almeida DATA: 06/06/18
 CIRURGIÃO: Dr. Carlos RG: 105996
 ANESTESISTA: Dr. Roberto ANESTESIA: Raqui + Sedação
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto COORDENAÇÃO DO BLOCO: Dr. Roberto
 INSTRUMENTADOR: Dr. Roberto COREN: Dr. Roberto
 CIRCULANTE: Dr. Roberto HORÁRIO INICIAL: 9:00 HORÁRIO FINAL: 12:00
 ENFERMEIRA: Dr. Roberto

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 36	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOES CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	PITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA FICSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

ARUANA SEGUROS
03 AGO 2018

CÓD. 38407



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Lauro José do Alencar Data: 06/06/18 Hora: 10:00 Registro: 105990
Convênio: SUS Sexo: M Altura: 1,70

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edgley Anestesiologista: Dr. Kleber
Auxiliar: Dr. Artur 2º Auxiliar: Dr. Artur Instrumentador: Dr. Artur

3 - ATOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura + Luxação do ombro direito Início: 9:00 Término: 10:55
Anestesia: Raqui + Sédção Início: 8:20 Término: 10:55

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave
Nível de Consciência: ☒ Orientado ☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Coma
Respiração: ☐ Espontânea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado
Tricotomia: ☒ Sim ☐ Não
Chegou no CC em uso de: medicação hospitalar

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ☐ Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Ginecológica ☐
Banco de Sangue: ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Peça Cirúrgica: Sim ☐

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ☒ Monitor Cardíaco ☒ PNI ☒ Bomba CEC ☐ Aspirador ☐
Colação Térmico ☐ Bisturi Ultrassônico ☐ Artroscópio ☐ Microscópio ☐ Capnógrafo ☐
Bisturi Elétrico ☒ Local de Placa ☐ Diprofusor ☐ Intensificador ☒
Carro de Anestesia ☒ Bomba de Infusão ☐ Nº ☐
Ap. Vídeo ☐
Oxigênio ☒ Início: 8:30 Término: 10:55
Protóxido ☐ Início: 8:30 Término: 10:55
Gás Carbônico ☐ Início: 8:30 Término: 10:55
Outros: 8:30

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim ☐ Não ☒
Sonda Vesical de Demora: Sim ☐ Não ☒
Drenagem (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒
Curativo (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒
Punção Venosa: Sim ☐ Não ☒
Sonda Gástrica: Sim ☐ Não ☒

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Segue em fita CIRURGIA: Segue em fita
medica medica

6 - OBSERVAÇÕES:

Segue para SR sem intercorrência

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado ☒ Náusea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado ☐
Encaminhado para: SRPA ☒ S. Intensiva ☐ LICOR ☐ UTI ☐ Ap^o ☐ Residência ☐

Data: 06/06/18 Hora: 11:00 Enfermeira: Gláucia Cirurgião: Dr. Edgley

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

COD 35607





FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 105996
Nome: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
Mãe: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALBUQUERQUE
End.: RUA SANTA MARTINHA
Enferm.: LEITO 14

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA
Atendimento: 439233
Leito: 675

Dt.Cad: 06/06/2018
Dt. Nasc: 18/08/1991
Bairro: CAVALEIRC
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
☒ Não
☐ Sim _____
- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
☐ Não
☐ Sim e há equipamento disponível
- Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?
☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:**
☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?
- O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
☐ Sim
☒ Não se aplica
- Exames de imagem estão disponíveis?
☒ Sim *Rx*
☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

- A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:
- ☒ Nome do procedimento realizado *Proctomia T.U. 4D*
- ☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)
- ☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 439233

Data e Hora do Atendimento: 06/06/2018 03:07

Usuário do Atendimento: EDJANEPB

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

Prontuário: 105996

Nome da Mãe: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALBUQ Nome do Pai: JOAO MIGUEL DE ALBUQUERQUE

Data do Nascimento: 18/08/1991

Idade: 26 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 7278813

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10141370475

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA SANTA MARTINHA

32

CAVALEIRO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54260170

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 14

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 06/06/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: *McIlhenn*

Diagnóstico: *Fratura traumática de fêmur do D*

Procedimento: *osteossintese com placa e parafusos*

Alta em: *07 / 06 / 18*

Hora: *15:00*

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018

Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kalliny
Arquiteta
SANE/Parâmetro

Dr. Bruno Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 105996

Solange Lyra
Faturamento
Em 11 JUN 2018





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 439232

Data e Hora: 06/06/2018 02:56

Senha da Classificação:

0003

Paciente: 105996 PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 18/08/1991 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: VALDENICE SEVERINA SANTOS DE ALB Nome do Pai: JOAO MIGUEL DE ALBUQUERQUE
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: RUA SANTA MARTINHA -- 32 Bairro: CAVALEIRO
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: EDJANEPB
RG (Identidade): 7278813 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10141370475 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Caixa Principal

fratura com pulso de gesso e
gesso com banda. em 10/2/18
na 2ª série STC

Exame Fisico

exame local

ARIANA SEGUROS

03 AGO 2018

Antese Diagnostico

fratura com pulso de gesso e
gesso com banda. em 10/2/18
na 2ª série STC

Conduta Terapeutica

do gesso. em 10/2/18
na 2ª série STC

Prescrição Médica

clonazepam 100mg - 100mg
STC 10/2/18

Dr. Meviner Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18569

ATENDIDO

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/06/2018 02:52

Nome Paciente:	PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:	105996
Data de Nascimento:	18/08/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	26
Senha:	0003
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	439232
SAME:	

Período: 06/06/2018 03:04 - 06/06/2018 03:05

ALEKSANDRA ALVES DOS SANTOS - COREN: 362795 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DA UPB DA IMBIRIBEIRA COM HISTORIA DE LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO COM SENHA :5441907 PRACEDENTE DA UPB DA IMBIRIBEIRA. NEGA EMESE E DESMAIO. NEGA HAS , DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS
03 AGO 2018

Acolhido(a) por: ALEKSANDRA ALVES DOS SANTOS - COREN: 362795 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/06/2018 03:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
Data de Nascimento: 18/08/1991 Data Atendimento: 06/06/2018
Prontuário: 0000516533 Cód. Atendimento: 01095617
Nome do Hospital: HCH
Senha: 5441607
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: FRATURA - LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO

Recife, 06 de Junho de 2018

Anderson Ary Dias
CRM 21731

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM: 21731

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Paula Jan de Deus Registro: 05556 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Cardiologia Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Crise de ansiedade

História da Doença Atual:

Doença de ansiedade de caráter
crônico, com início há alguns
anos, com crises de ansiedade
recorrentes, com sintomas
de ansiedade, como palpitações,
taquicardia, sudorese, tremor
nas mãos, sensação de falta
de ar, entre outros.

Interrogatório Sintomatológico:

Ansiedade
crônica
com crises de ansiedade
recorrentes, com sintomas
de ansiedade, como palpitações,
taquicardia, sudorese, tremor
nas mãos, sensação de falta
de ar, entre outros.

Dr. Marimar Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 115659

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2018





Serviço tarifado conforme cartaz de tarifa em vigor.

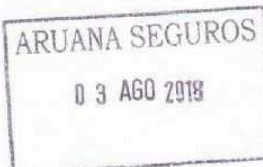
Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
AGENCIA 2140 CONTA 0043823-5

13:51 HRS
02/AGO/2018

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

-----SETEMBRO/2017-----			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
08	SALDO ANTERIOR		0,00
-----AGOSTO/2018-----			
02	TARIFA BANCARIA 0010618		28,80
	CESTA FACIL ECONOMIC		
	TARIFA BANCARIA 0020418		24,80
	CESTA FACIL ECONOMIC		
	TARIFA BANCARIA 0020718		28,80
	CESTA FACIL ECONOMIC		
	SALDO TOTAL		81,60

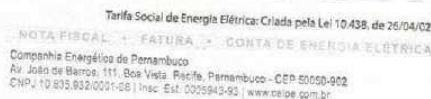


02/2018

1 de 1

13





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA MARTINHA 32 A

ALTO DA COLINA/CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54260-170

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0333516020	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
06/08/2018	29/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,10

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0333516020	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
06/08/2018	29/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,10

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0333516020	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
06/08/2018	29/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,10

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0333516020	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
06/08/2018	29/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,10

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0333516020	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
06/08/2018	29/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,10

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)			
Acrescimo Bandeira VERMELHA	179.0000000	0.74732669	133.76
Contribuição Iluminação Pública			12.82
CMS Subvenção CC-E NF 018066178-29/05/18			15.24
			1.20
TOTAL DA FATURA			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									103.10
Nº DO MEIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
72355	Cat	26/06/2019	20.987,00	30/07/2019	40.706,00	32	1.300,00		179,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
JUL 16	179
AUG 16	176
MAI 16	201
ABR 16	185
MAR 16	192
FEV 16	200
JAN 16	221
DEZ 17	214
NOV 17	205
OUT 17	192
SET 17	199
AUG 17	187
JUL 17	183

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	146,57	25,00	36,64
PIS	146,57	0,92	1,34
COFINS	146,57	4,25	6,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

		R\$	%
Tieragem de Energia	PIS	50,83	24,34
Transmissão	PIS	6,18	4,22
Distribuição (Célpe)	PIS	26,90	19,73
Perdas de Energia	PIS	19,05	8,20
Energia Soterrada	PIS	7,44	5,08
Tributos	PIS	44,25	32,14
Total	R\$	148,67	100%

Consumo Ativo (kWh)

TABELAS APLICADAS

RECEITA FEDERAL DO BRASIL

FAZC 1826-3AD4 8592 A536 EDAS 3498 7/12

FA7C 182B 3A0A 8592 A53B EDA5 3488 7C77

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ARUANA SEGUROS
03 AGO 2018

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Continued on page 10

Vendo:	De recebido:	Vendo:	De recebido:
05/07/18	30/07/18	18/07/18	

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com mirangamas nacionais. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

As condições gerais de
fornecimento (Resolução ANEEL
414/2011) tratam produtos,
serviços prestados e custos de
equilíbrio à disposição para
consulta, através das unidades de
atendimento e no site
www.celpe.com.br

BUREAU OF RESEARCH AND DEVELOPMENT						MAY 1968		
CONJUNTO		VALOR APROXADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO DE TENSÃO		
VARIAZ	1962/01					TENSÃO NOMINAL (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
							MÍNIMO	MÁXIMO
01C	0.00	6.07	10.15	20.30	220		102	231
01D	0.00	3.23	5.47	12.95				
01E	0.00	2.06	0.00	0.00				
01F	0.00	0.00	0.00	0.00				

Euro - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - em % do

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0333516020	07/2018	06/08/2018	163,10

83850000001-6 63100011000-9 33351602010-8 12962968843-0



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283277/18
Vítima: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
CPF: 101.413.704-75

CPF de: Próprio

3180357682
Data do Acidente: 06/06/2018
Titular do CPF: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE : 101.413.704-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/08/2018
Nome: PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
CPF/CNPJ: 101.413.704-75

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.774-40

ABENILDA MARIA BARBOSA



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 36539 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 105996 PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE Atendimento : 439233
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 712 404 - 02 - LT TRAUMA Idade : 26 Anos
Dt. Início : 06/06/2018 09:00 Dt. Fim : 06/06/2018 11:00
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050578 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

QUIRURGIAO 15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CIRURGIAO 10457 LUCIANO LEITE DA CUNHA JUNIOR
ANESTESISTA 18488 REBECA FELISSA ALBUQUERQUE SOARES

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO
CD: OSTEOSSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASEPSIA E ANTISSEPSE MID
3. INCISAO EM FACE LATERAL TORNOZELO D
4. DISSECAÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO FOCO DA FRATURA + LAVAGEM COM SF 0,9%
5. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM 01 PLACA 1/3 CANO DE 09 ORIFÍCIOS E 06 PARAFUSO
6. CONTROLE RADIOSCÓPICO
7. MINIL INCISÃO MEDIAL, FRATURA REDUZIDA, FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3.5MM ROSCA PARCIAL
8. FIXAÇÃO DE PLACA POSTERO-MEDIAL PARA COMPRESSÃO DE MALEOLO POSTERIOR
9. CONTROLE RADIOSCÓPICO CURATIVO COM GAZE E CREPE
10. TESTADO ESTABILIDADE, SEM SINAIS DE INSTABILIDADE
11. ROA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Solange Lyra
Faturamento / SAME
11 JUN 2018

DR(A) : BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM : 15820

ARUANA SEGUROS
03 AGO 2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Queixa Principal / História

EDEMA NO TORNOZELO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			18					

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATÍFICO À VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PROPRIÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcelo Silveira
Coordenador Médico - 25.535-94/2.241

ARUANA SEGUROS
03 AGO 2018



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**

Nº Sinistro: **3180357482**

Vítima: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: **06/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180357482**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13192037





O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br

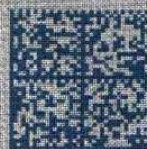
Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



08.08.18

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
R STA MARTINHA, 32
CAVALEIRO
CEP 54260-170 - JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br		Para uso dos correios <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não procurado Data _____	Responsável pela informação <input type="checkbox"/> Morador <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Porteiro Entregador _____
--	--	---	---

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**
Nº Sinistro: **3180357482**
Vitima: **PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE**
Data do Acidente: **06/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180357482**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13220322





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

PAULO JOAO DE ALBUQUERQUE
R STA MARTINHA, 32
CAVALEIRO
CEP 54260-170 - JABOATAO DOS GUARARAPES - PE



JO987672214BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT-Como Requerer

Administradora do Seguro DPVAT
LÍDER
Seguradora

