

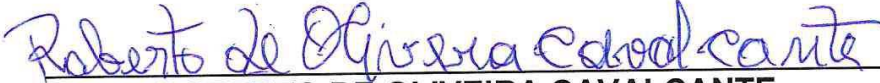
## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**, brasileiro, solteiro, cabeleireiro, portador do RG nº 1.806.275 SSP-PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 235.339.784-00, residente e domiciliado na Rua Quatro, nº 295, casa, bairro de Sucupira, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 55000-000.

**OUTORGADO: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 41.336, com endereço profissional situado na Rua do Sossego, nº 591, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50.100-150.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de mandato, o Outorgante nomeia e constitui o Outorgado como seu procurador, a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicia et extra”, especialmente para promover ação de cobrança do seguro DPVAT, movida em desfavor da Seguradora Líder dos Consócios de Seguro DPVAT, perante a Vara Cível de Jaboatão dos Guararapes, podendo acordar, renunciar, transigir, substabelecer com ou sem reserva de poderes, firmar compromissos ou acordos, pegar carta de sentença, receber alvará e dar quitação, e tudo o mais que se fizer necessário para o bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, 19 de setembro de 2019.

  
**ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**

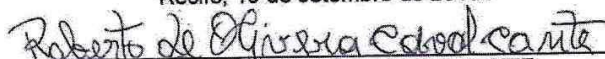


## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**, brasileiro, solteiro, cabeleireiro, portador do RG nº 1.806.275 SSP-PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 235.339.784-00, residente e domiciliado na Rua Quatro, nº 295, casa, bairro de Sucupira, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 55000-000, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e da Lei nº 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Por ser verdade, firmo o presente.

Recife, 19 de setembro de 2019.

  
**ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**







MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Série 00000-PE



Polegar Direito

Número 64019





5

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Roberto de Oliveira  
Carvalante  
Loc. Nasc. PE  
Est. PE Data 25.05.1958  
Filiação Jose Cavalcanti  
Sumiret de Oliveira  
Carvalante  
Est. Civil Solteiro Doc. N°  
Fls. Liv. Reg. Civil  
Outro doc.  
Situação Militar: Doc. Carta de Dispensa  
N° 480066 Origem Exército Est. PE  
Naturalizado Dec. N° Em

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em  
Doc. Ident. N° Exp. em  
Estado  
Obs.  
Data Emissão 16.05.79 DRT PE  
Esse mat 2190343  
Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

7

Nome  
Doc.  
Nome  
Doc.  
Nome  
Doc.  
Est. Civil  
Doc.  
Est. Civil  
Doc.  
Nascimento  
Doc.





## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR **BOMPRECO S/A. - Supermercados do Nordeste**Rua **GO. RUI BARBOSA** Nº **3811**Município **Recife** Est. **PE**Esp. do estabelecimento **Supermercado**Cargo **Servente**C.B.O. nº **37110**Data admissão **05** de **novembro** de 19 **84**Registro nº **30.011** Fls/Ficha **26356**Remuneração especificada **R\$ 166.560 (cento e sessenta e seis mil, quinhentos e sessenta e seis reais) mensal****BOMPRECO S/A. - Supermercado do Nordeste**

Ass. do empregador ou a r/o c/ test.

1º

2º

Data saída **01** de **fevereiro** de 19 **86**

Ass. do empregador ou a r/o c/ test.

1º

2º

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

C.B.O. nº .....

Data admissão ..... de ..... de 19 .....

Registro nº ..... Fls/Ficha .....

Remuneração especificada .....

Ass. do empregador ou a r/o c/ test.

1º

2º

Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregador ou a r/o c/ test.

1º

2º





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02  
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
FABIANA DE OLIVEIRA CAVALCANTE  
RUA DO CALDINHO DO BIU

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA AGUIAR Z 6

CPF: 036.809.864-95 NIS: 16165289070

MANSABEIRA/RECIFE  
RECIFE PE  
52110-430

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO  
4009668662 01/2017  
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA  
15/02/2017 24/02/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$) 137,76

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
003527078	UNICA	27/01/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/01/2017	2803991587	2108884

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,70860304	6,28
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,35832047	25,15
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,53598023	64,87
Consumo Ativo superior a 220 kWh	37,00000000	0,59866882	22,15
Contribuição Iluminação Pública			15,35
ICMS Subvenção-CDE-NF 003686862-28/11/16			0,28
Multa por atraso-NF 003686246-28/12/16			3,13
Juros por atraso-NF 003686246-28/12/16			0,25

TOTAL DA FATURA 137,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
N95380	CAT	28/12/2016	36.282,00	27/01/2017	36.239,00	29	257,00

HISTÓRICO DO CONSUMO		TARIFAS APLICADAS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		Consumo Ativo até 30 kWh	0,14623127	Base de Cálculo	%
JAN 17 257		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,25411444	118,25	15,00
FEV 16 211		Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,38166892	118,25	0,74
NOV 16 272		Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,47281862	118,25	29,58
OUT 16 236				COFINS	9,57
SET 16 225					4,16
AGO 16 236					
JUL 16 209					
JUN 16 203					
MAI 16 252					
ABR 16 251					
MAR 16 174					
FEV 16 154					
JAN 16 273					

RESERVAÇÃO FISCAL  
B550 8732 37A9 550 F 4599 0388 0001 7012 2

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mas informações sobre o sistema de bandeiras, consulte o site da ANEEL. (Res. ANEEL 442/2016)  
Vigência a partir de 01/01/2017 (Res. ANEEL 442/2016). Pagamento em atraso gera multa de 0,05% ao dia, limitada a 20% ao mês. O cliente é responsável por manter a leitura correta e atualizada no nível de tensão de fornecimento. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.436 de 26/04/02 - R\$ 42,02. O cliente é responsável por manter o plano de fornecimento para o padrão de atendimento comercial. Nas áreas de atendimento especial, consulte o site da ANEEL. (Res. ANEEL 442/2016)

Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28  
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382831500000051314799  
Número do documento: 19100918382831500000051314799

As companhias geradoras de fornecimento (Resolução ANEEL 442/2016) temáticas, produtos, serviços prestados e atividades se encontram a disposição, para consulta, em nossos endereços de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)





## LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 31/05/17

Nº PRONTUÁRIO: 9179

NOME DO PACIENTE: Froberto de Almeida

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID: S52.0

OBS.: fratura consolidada  
paciente com alto nível  
fornal

Nº DIAS: \_\_\_\_\_ ( ) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Drº Mavinier Mendes de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 18569

Assinatura do Médico  
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -  
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0110000798**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/03/2017** às **10:31**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **8/3/2017** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GENERAL MANUEL RABELO 4042 ATE O FIM, 01** - Bairro: **SUCUPIRA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO PONTILHÃO DO METRÔ**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTI Pai: JOSE CAVALCANTI Data de Nascimento: 25/5/1958 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SUCUPIRA (BAIRRO), 295, RUA 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: SUCUPIRA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**CAMINHÃO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMA QUE, QUANDO ESPERAVA PARA ATRAVESSAR A VIA ACIMA CITADA, UM CAMINHÃO QUE TRANSITAVA EM ALTA VELOCIDADE, SENTIDO CENTRO DE JABOATÃO, SUBIU O MEIO FIO NA CUVA, VINDO A BATER COM A QUINA DA CARROCERIA EM SEU ANTEBRAÇO ESQUERDO; QUE SOFREU FRATURA E HOUVE MUITO SANGRAMENTO; QUE O CONDUTOR DO CAMINHÃO NÃO PRESTOU SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR PARA A UPA DE ENGENHO, SENDO TRANSFERIDO**

17/03/2017 10:31





**POSTEIRORMENTE PARA O HOSTIPAL DOM ELDER, NO CABO.**

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

*Roberto de Oliveira Cavalcanti*

**ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI**

**(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Lucio Batista* **LÚCIO BATISTA DA SILVA** - Matrícula: **296984-0**

17/03/2017 10:31





## Identificar Filiado - Consultar Extrato

Dados Cadastrais			
NIT	11717002565	Fonte do NIT	PREVIDÊNCIA
Administrador do NIT		Fonte Cadastramento	CI_NOVO
Ano da administração		Data de Cadastramento	07/01/1994
		Data de Atualização	30/03/2017

Dados Básicos			
Nome	ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE		
Nome da Mãe	LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTE		
Nome do Pai	JOSE CAVALCANTE		
Sexo	MASCULINO	Estado Civil	SOLTEIRO(A)
		Grau de Instrução	FUNDAMENTAL INCOMPL.
Cor/Raça	PARDA	Data Nascimento	25/05/1958
		Data de Óbito	
Nacionalidade	BRASILEIRA	País de Origem	BRASIL
		Data de chegada	
Município de Nascimento	RECIFE	UF de Nascimento	PE

Documentos	
CPF	23533978400
Identidade	Número: 1806275 Orgão Emissor: SSP UF: PE Data de Emissão:
CTPS	
Título de Eleitor	Número: 004031160841 Data de Emissão:
CNH	
Doc. Estrangeiro	
Carteira de Marítimo	
Passaporte	
Certidões Cíveis	Tipo: Certidão de Nascimento, UF:, Município:, Cartório:, Folha: 260, Livro: 67, Termo: 79826, Data do Evento: 25/05/1958 Data do Registro:

Contato	
Endereço principal	Tipo Logradouro: RUA, Logradouro: RUA AQUIRAZ, Número: 6, Complemento: CASA, Bairro: ALTO JOSE DO PINHO C AMAREL, RECIFE - PE, CEP: 52110380
Endereço Secundário	
Telefone 1	Telefone 2
	Celular 55- (81) 987908742
Email	

Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome
12207443355	PIS	23533978400	ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI
11275162546	PREVIDÊNCIA	23533978400	ROBERTO DE O CAVALCANTI







INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SABO  
2ª VIA

RECHE MARIO MELO  
COMUNICAÇÃO DE RESULTADO  
REQUERIMENTO Nº 17960005  
BENEFÍCIO Nº

Prezado(a) Sr(a):  
**ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**

1806275	ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE	12/10/2017
(RECEBIDÃO)	(CONFERIR)	(DATA)

Comunicamos que o Auxílio-Doença, requerido em 30/03/2017, está pendente de cumprimento de exigências administrativas.  
A conclusão deste requerimento está condicionada ao cumprimento dessas exigências, que devem ser feitas no âmbito de atendimento desta Agência da Previdência Social.  
O Requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito através dos seguintes meios:  
Número 135 da Central de Atendimento do INSS, site [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Recife, 09 de agosto de 2017 (Data da emissão da 2ª Via)

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECHE MARIO MELO

Endereço: Av. Manoel Vitorino, 563 - Teresina - RN

CEP: 50040010

Município: Recife

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente: Roberto Cavalcante





SABI  
SISTEMA DE AUTOMATIZAÇÃO DE BENEFÍCIOS

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

RECIFE - MARIA MELÓ

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE  
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERENTE Nº 179628395  
BENEFÍCIO Nº 6180571356

(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

**ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**

(NOME DO SEGURADO)

1806273

12207443355

(INSCRIÇÃO)

(CPF/SÉRIE)

(DTI)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CPF/SÉRIE)

(DTI)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data:	13/06/2017
Hora:	13:00
Endereço:	AV. MARIA APOLÔNIA, 343 - TERREO
	SANTO AMARO
	RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01 (uma) vez e devidamente justificada.

Recife, 16 de junho de 2017

Nome/Cargo/Assinatura  
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em: \_\_\_\_\_

Ass. do Requerente/Rep. Legal







INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

RECIFE MARIO MELO

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL  
REQUERIMENTO Nº 179658295

Prezado (a) Sr(a)

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 04/08/2017

Hora: 11:20

Endereço:

EST DO ARRAIAL N 3515

TAMARINEIRA

RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Recife, 22 de junho de 2017

INSS

Departamento de Recursos

de Seguridade Social

Nome/Cargo Assinatura

(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em

Assinatura do Requerente-Rep. Legal



RESULTADO DO REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA

disponível a partir das 21 horas

Acesse: [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br)

Em SEQUÊNCIA DO INSS

Clique em Consulta de Situação de Benefício no canto esquerdo da tela  
Clique em RESULTADO DO REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA

2. Informe o número do benefício ou requerimento (NH), nome, data de nascimento e CPF, além do campo de verificação de segurança

NÚMERO DO BENEFÍCIO

618.052.135-6

INSCRIÇÃO SOCIAL:

RECIFE MARIO MELO

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE  
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº

179658295

BENEFÍCIO Nº

6180521356

(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

(NOME DO SEGURADO)

1806275

(RG/CERTIDÃO)

12207443355

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 04/08/2017

Hora: 11:20

Endereço:

EST DO ARRAIAL, N 3515

TAMARINEIRA

RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Recife, 04 de agosto de 2017

Nome/Cargo/Assinatura  
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.







INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12207443355

Número do Benefício: 6180521356

Espécie: 31

Número do Requerimento: 179658295

Ao Sr. (a): ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Endereço: AGUIRAZ 6, ALTO JOSE DO PINHO

CEP: 52110420 Município: RECIFE

UF: PE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Desatamento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999, Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 30/03/2017, informamos, que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi cancelado em 31/08/2017.

Se nos 15 (quinze) dias finais até a Data da Cassação do benefício (31/08/2017), V. Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/08/2017 (data da cassação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS, ou pela Internet no endereço: [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Se o segurado, facultativo, contribuinte individual ou doméstico foi em auxílio Doença durante todo o mês civil, não será devido o recolhimento da contribuição previdenciária daquele mês. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pela Lei nº 13.135/15.

Data: 4 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência  
CEP: 52040-010

RECIFE MARIO MELO  
Município: RECIFE

Endereço: AV MARIO MELO, 343, TERREO, SANTO  
AMARO  
UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



MPAS/DATAPREV - INSS  
CENTRAL 191

15/08/2017 10:06:06

NB: 6180521356 Consulta: M Concessao/Manutencao

Pagto: 5o dia util

Nome: ROBERTO DE O CAVALCANTI

Data Nasc.: 25/05/1958

CPF : 235.339.784/00 Identidade: 00001806275 CTPS: 0064019 Serie: 00001 PE

Mae : LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANT

NIT: 1220744335-5

Endereco: AQUIRAZ 6

Bairro: ALTO JOSE DO PINH

Munic: RECIFE

CEP 52110-480 UF PE TEL 81 90874200

OP: 07740-9 - BCO/AGE: BRADESCO

/CAPIBARIBE - URB RECIFE

CARTAO MAG. End.: AV CONDE DA BOA VISTA, 940  
BOA VISTA

Especie: 31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO

OL Concessor : 15.0.01.100 - AG DA P SOCIAL RECIFE - MARIO MELO

OL Mantenedor: 15.0.01.100 - AG DA P SOCIAL RECIFE - MARIO MELO

DAT : 9/03/2017 DER: 30/03/2017

DIB ANT: DIB: 09/03/2017 DCB : 31/08/2017

DRD : 30/03/2017 DDB: 11/08/2017 D.OBITO: DIP: 9/03/2017

Opcao : (B)eneficio (C)redito (E)ndereco (F)im

B

Window BEN191/1 at DTPRJCV3





NB 618.052.135-6 ROBERTO DE O CAVALCANTI Esp: 031 Meio Pag: CMG  
Compet 08/2017 Per: 01/08/2017 a 31/08/2017 Dt. Calc. Credito : 15/08/2017  
OLM.....: 15.0.01.100 Dt. Inic. Validade: 31/08/2017  
Conta Corrente: -- Dt. Final Validade: 31/10/2017  
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:  
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO  
Banco: BRADESCO OP: 077409 - CAPIBARIBE - URB RECIFE

31/08

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	937,00 +
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	468,50 +

Valor Bruto	Descontos	Valor Liquido
1.405,50	0,00	1.405,50

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

NB 618.052.135-6 ROBERTO DE O CAVALCANTI Esp: 031 Meio Pag: CMG  
Compet 08/2017 Per: 09/03/2017 a 31/07/2017 Dt. Calc. Credito : 15/08/2017  
OLM.....: 15.0.01.100 Dt. Inic. Validade: 29/08/2017  
Conta Corrente: -- Dt. Final Validade: 31/10/2017  
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:  
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO  
Banco: BRADESCO OP: 077409 - CAPIBARIBE - URB RECIFE

29/08

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	4.435,13 +
110	CORRECAO MONETARIA	5,85 +

Valor Bruto	Descontos	Valor Liquido
4.440,98	0,00	4.440,98

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/03/2017 02:00

	Nome Paciente:	ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
	Cód. Paciente:	91791
	Data de Nascimento:	25/05/1958
	Sexo:	Masculino
	Idade:	58
	Senha:	0005
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	362724 

SAME:

Período: 09/03/2017 02:09 - 09/03/2017 02:09

ELOINA PAULINA DE LIMA - COREN: 172938 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HÁ + OU - 15H. NEGA DESMAIOS E VÔMITOS. REFERE DOR E DIFICULDADE DE MOBILIDADE EM MSE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Observação: NEGA HAS E DM.  
PACTE ENCAMINHADO DA UPA DE ENGENHO VELHO COM SENHA 5119694

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ELOINA PAULINA DE LIMA - COREN: 172938 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/03/2017 02:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL  
DOM HELDER



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: Roberto de Oliveira data: 09/03/17 Hora: 13:30 Registro: 91291  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Procuração Fratura de Pto. 11mo 2.º Quadrante  
Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_  
Equipe: Blagum Plixo Anestesista: Marcos Nascimento

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: MSD  
Acesso Venoso Central: ( ) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: ( ) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 143 x 71 mmHg FR: 22 p/min FC: 77 p/min SaPO2: 100%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	<u>130 x 78</u>	<u>130 x 67</u>	<u>104 x 62</u>	<u>104 x 60</u>	<u>117 x 71</u>	<u>113 x 67</u>
FR	<u>26</u>	<u>26</u>	<u>25</u>	<u>25</u>	<u>27</u>	<u>27</u>
FC	<u>76</u>	<u>77</u>	<u>72</u>	<u>75</u>	<u>81</u>	<u>81</u>
SaPO2	<u>99%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>97%</u>
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 127 x 77 FC: 83 FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: 98% Glasgow: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Dr. Marcos Nascimento  
Médico Anestesiologista  
CRM: 19704







Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

#### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 91791

Atendimento: 362725

Dt. Cad: 9/3/2017

Nome: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Dt. Nasc: 25/5/1958

Mãe: LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Bairro: SUCUPIRA

End.: TRAVESSA GENERAL MANOEL RABELO

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: 405 - 04 - LT CMEDICA

Leito: 34

CNS: 898002928831144

#### 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? *Sangramento / Infecção*  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1: 00 min*
  - ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *Não*
  - ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☐ Sim
- ☒ Não se aplica

Rx

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ 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

*trat. cirúrg. para estomago e*

**Thais Oliveira**  
Enfermeira  
COREN-PE 477.652





MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: Roberto de Oliveira Cordeiro DATA: 09/03/17  
 CIRURGIÃO: Dr Carlos Ryan RG: 911791  
 ANESTESISTA: Dr Marcelo AUXILIAR: Blag. Alexs Braguit  
 CIRURGIA: hiquico RST - Coto Uls ANESTESIA: Blag. Alexs Braguit  
 ESTRUMENTADOR: J. M. G. L. COODERNAÇÃO DO BLOCO: Mamule  
 CIRCULANTE: Enaldo COREN:   
 ENFERMEIRA: Thais HORÁRIO INICIAL:  HORÁRIO FINAL:

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			
CATEDER			
ASAL	CENTR	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 17	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIPADORES			
CLIP 100	CLIP 250	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
1ML		5ML	10ML
20ML		CATETER	
AVENTAL CIRUR.			
BS.CO		IMPRESSAS	CAPA P/VIDEO
COLET.ABERTO	COLET	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS			
FILTRO		GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV.URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS.PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	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
FIOF. CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA 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 P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6





REG: 30366



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

09/03/17

Paciente

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

PD

58

T

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

MARCELO INACIO

RICARDO

Medicação Pré-anestésica

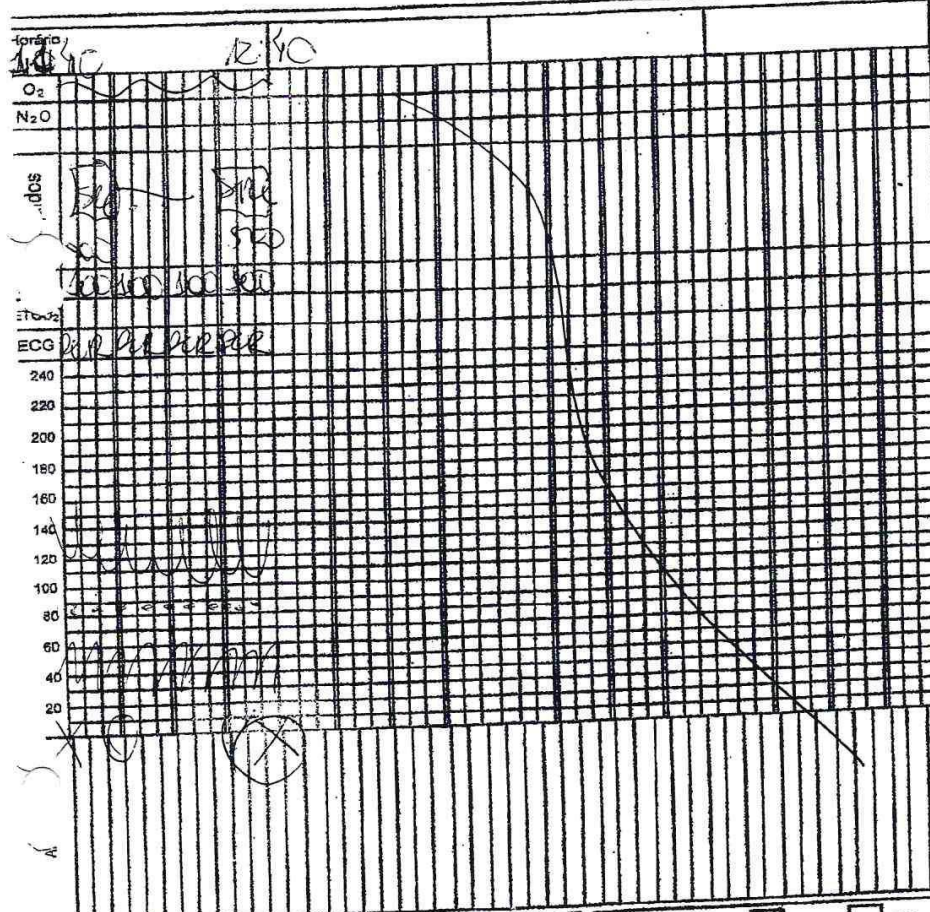
Urgência

☒ Não

☐ Sim

Cirurgia

Procedimento cirúrgico de estômago Esquerdo



Drogas Usadas	Quantidade
Mor. 0,25% CIVC	20ml
Ator 0,25% CIVC	20ml
Lidocaine	20
Diluição	20
Atropina	10ml
Clonazepam	5ml
Midazolam	5ml
Suplemento	10ml
Lidocaine	20ml

Técnica Anestésica

Bloqueio de Plexo  
Injeção de Lidocaine  
Injeção de Morfina  
Injeção de Atropina  
Injeção de Clonazepam  
Injeção de Midazolam  
Injeção de Suplemento

Monitorização

- ☒ Cardioscópio
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Elet. Pré-Cordial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volémia IAP Plus

Encaminhado

- ☐ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado
- ☒ SRPA
- ☐ Apart/Ent.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações

Não houve complicações e o paciente foi encaminhado para o bloco cirúrgico.

Assinatura do Anestesiologista

Dr. Marcos Thulio da Silva Albuquerque  
Médico Anestesiologista  
CRM 10004





### Ficha de Cirurgia Descritiva

Código de Cirurgia : 30366 Sala : 0005 SALA 05  
Paciente : 91791 ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE Atendimento : 362725  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 34 405 - 04 - LT CMEDICA Idade : 58 Anos  
Dt. Início : 09/03/2017 13:01 Dt. Fim : 09/03/2017 14:01  
Operatório :  
Operatório :

### Procedimentos

Procedimento: 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPA  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

### Equipe Médica

QUIRÃO  
ANESTESISTA

15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN  
19704 MARCELA KELLY SILVA DO NASCIMENTO

### Descrição

Descrição Cirúrgica :

#### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRURGICA  
2. ANESTESIA E ANTISEPSIA CAMPO OPERATORIO  
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS  
4. INCISÃO FACE MEDIAL DE CERCA DE 10CM. HEMOSTASIA  
5. REDUÇÃO DE FOCO FRATURA + REDUÇÃO FUNCIONAL DE FRATURA E FIXACAO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE O  
6. 05 PARAFUSOS COM PARAFUSSOS  
7. DRENAGEM ABUNDANTE COM SF 0.9%  
8. FRATURA  
9. CURATIVO  
10. PERFUSAO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO

Assinado eletronicamente por: Carlos Roberto Pinheiro Rihan  
Em: 14 MAR 2017

Indicadores Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Rodrigo Pere.  
CRM 22017  
Ortopedia - Traumatologia

DR(A) : CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN  
CRM : 15463

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 362725

Data e Hora do Atendimento: 09/03/2017 02:16

Usuário do Atendimento: JAIDETTENS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Prontuário: 91791

Nome da Mãe: LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Nome do Pai: JOSE CAVALCANTI

Data do Nascimento: 25/05/1958

Idade: 58 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898002928831144

Ocupação Habitual: CABELEIREIRO

Endereço: TRAVESSA GENERAL MANOEL RABELO

SUCUPIRA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54280415

Fone: 32541271

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA ENGENHO VELHO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: 4 AND CLINICA MEDICA

Leito: 405 - 04 - LT CMEDICA

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA  
Ass. Paula Souza  
Faturamento / SAME  
Em: 14 MAR. 2017

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, 09/03/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Alta em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_







**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Roberto de Oliveira Cavalcanti Data: 09/03/17 Hora: \_\_\_\_\_ Registro: 99781  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MEDICA:**

Cirurgião: Dr. Carlos Eyan      Anestesista: Dr. Marcelo  
 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_      2º Auxiliar: \_\_\_\_\_      Instrumentador: Thiallis

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Amputação do 4º dedo da mão esquerda      Início: 11:30      Término: 13:00  
 Anestesia: Bloc. Plex. Brachial      Início: 11:30      Término: 13:00

## RE-OPERATORIO:

Ido Geral: ( ) Bom ☒ Regular ( ) Grave  
 Id. de Consciência: ☒ Orientado ☒ Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma...  
 Respiração: ☒ Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
 Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não  
 Chegou ao CC em uso de:

### 5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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


## 5.1 EQUIPAMENTOS


Oxímetro de Pulso	( )	Monitor Cardíaco	( )	PNI	( )	Bomba CEC	( )	Aspirador	( )
Colchão Térmico	( )	Bisturi Ultrassônico	( )	Artroscópio	( )	Microscópio	( )	Capnógrafo	( )
Bisturi Elétrico	( )	Local da Placa	<u>Costa</u>						
Carro de Anestesia	( )	Difusor	( )	Intensificador	( )	Nº ( ) _____			
Ap. Vídeo	( )	Bomba de Infusão	( )						
Oxigênio	( )	Início	_____	Término	_____				
Protóxido	( )	Início	_____	Término	_____				
Gás Carbônico	( )	Início	_____	Término	_____				

**- PROCEDIMIENTOS:**

Almofada Orotraqueal:	Sim ( )	Não ( )	Punção Venosa:	Sim ( )	Não ( )
Banda Vestibul de Demora:	Sim ( )	Não ( )	Sonda Gastrica:	Sim ( )	Não ( )
Drenagem (Tipo e Local):	Sim ( )	Não ( )			
Curativo (Tipo e Local):	Sim (✓)	Não ( )	Wound Care		

### 5.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: 

CIRURGIA: 

## 6 - OBSERVAÇÕES:

inicio 12:00  
final 13:55

## 7. PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente:	Acordado	Narcole	( )	Entubado	( )	Traqueostomizado	( )
Encaminhado para:	SRPA	S. Intensiva	( )	UCOR	( )	UTI ( )	Aptº ( )
						Residência ( )	

Data: 09/03/17 Hora: Enfermeira: Thais Circulante: Edy aldes





Nº Prontuário: 91784 Data do Atendimento: 28/03/12  
Nome do Paciente: Roberto de Almeida Loureiro

<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Psicologia
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Nutrição
<input type="checkbox"/> Retirada de Ponto	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia
<input type="checkbox"/> Retirada de Fio K	<input type="checkbox"/> Serviço Social
<input type="checkbox"/> Imobilização	<input type="checkbox"/> Alta Ambulatorial
	<input checked="" type="checkbox"/> Retorno

Data: 30/03/12

Obs.: \_\_\_\_\_

*[Assinatura]*



Atendimento: 757787

Senha da Classificação:

Data e Hora: 08/03/2017 09:12

0055

*Transf. 23:45*

Paciente: 251127 ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 25/05/1958 Idade: 58 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTI Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA UPA CRM: 12345  
Endereço: - ATE 4040/4041 GENERAL MA -- RUA 4 ALTO DO VI 295 Bairro: ENGENHO VELHO  
Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Cep: 54160000 Usuário Atendimento: JESSYCACAP  
RG (Identidade): Data de Emissão:  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87908742  
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 09:38h

Queixa Principal

*Acidente com fratura fechada de rádio (E)*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

*Fratura Fechada*

UPA ENGENHO VELHO  
Serviço de Pronto Atendimento  
Dietas Liberadas  
08 / 03 / 17

Conduta Terapêutica

*Dala Amarela*

**RAIO X**

*Gerônimo P. S. Araújo*  
Téc. em Radiologia

Prescrição Médica

*Nega Sujeito*

*1 Dieta VO livre e acompanhante  
2 Paracetamol 1000mg 3x/dia EV  
3 Dexametasona 4mg 1x/dia EV*

*Ranyelle Rejane*  
Téc. de Enfermagem  
COREN 922.435

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido: *Orto*

Para: \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

*Dra. Samara Araújo Holanda*  
MÉDICA  
CRM-PE 23126  
Carimbo Médico

**ALTA**  
DATA: 09/03/17  
HORA: 01:46



## UPA 24 HORAS - ENGENHO VELHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/03/2017 08:59

Nome Paciente: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 25/05/1958  
Sexo: Masculino  
Idade: 58  
Senha: 0055  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 08/03/2017 09:03 - 08/03/2017 09:06

SARA CARDOSO DA SILVA - COREN: 04937424 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE CORTE EM COTOVELO ESQUERDO + OMBRO

Observação: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA  
NEGA HAS + DM  
RELATA QUE FOI UM CAMINHÃO QUE BATEU HOJE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 6

Acolhido(a) por: SARA CARDOSO DA SILVA - COREN: 04937424 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 08/03/2017 09:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







**PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS  
CONTROLE DE APLICAÇÕES**

Nome: Roberto oliveira

Registro: \_\_\_\_\_

Clínica:

Enfermaria:

Leito:

[illegible]

Erweiterte Lernzettel





ENGENHO VELHO

GOVERNADOR CARLOS WILSON  
REGISTRO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

NOME: Roberto de Oliveira Cavalcante REGISTRO: 757787  
ENFERMARIA/LEITO 1101 DATA 08/03/17 HORA 10:00

HORÁRIO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	FC	FR	HGT S/N	SATURAÇÃO
13:00	120x80	36.6			120	

ACESSO VENOSO/CONDIÇÕES WSD MUDANÇA DECÚBITO Elevar

HIGIENIZAÇÃO Lueta LESÕES/CURATIVO -

DIURESE + EVACUAÇÕES +

OBSERVAÇÕES pac. ECG, consciente, orientado, Afel, Externice, normotensa, normocorada, MEF, segue em sala da ECG de Externice de Enfermagem.

Esquiel Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
COREN - PE 753.045

TÉC. EM ENFERMAGEM ASSINATURA E CARIMBO

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente em Permanência no Setor (☒) Sala Vermelha ( ) Obs Amarela Adulto ( ) Obs Amarela Pediátrica ( )  
Plantão Diurno ( ) Plantão Noturno (☒)

Paciente EGR: Consciente, orientado apresentando como H.D. fratura fechada, foi medicado OPM. Realiza mais x segue aguardando transferência.  
Avaliação de SSVV

Yaciana Paula dos Santos  
Téc. Enfermagem  
COREN - PE 753.045

HORÁRIO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	FC	FR	HGT S/N	SATURAÇÃO
20:00	130x70					

TÉCNICO EM ENFERMAGEM/ASSINATURA E CARIMBO







## EVOLUÇÃO SOCIAL

[illegible]



**INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO**

Data: 08/03/17 Hora: 17:30 Atendimento n°: 757787 Leito: M3  
Nome: Roberto de Oliveira Cavalcante Idade: 58  
Nome social/apelido: Roberto Possui documentação? ☒ Sim ( ) Não  
Endereço: R. Amato, 295, Sucupira  
Ponto de Referência: parte da subida de Alto do Vento  
Nome do acompanhante: Marcelo Batista  
Vínculo com o Usuário: irmão Tel.: (81) 9866-96426

Pessoa de referência: \_\_\_\_\_  
Vive em situação de rua ( )  
Vive internado em instituição, asilo, abrigo ou sob a responsabilidade de terceiros ( )  
Nome da instituição: \_\_\_\_\_

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? ☒ Sim ( ) Não  
Qual? USF de referência

**ATIVIDADE REALIZADA:**

Orientações - Normas e Rotinas	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>transferência</u>
Orientações - Direitos Sociais	( )	
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	( )	
Encaminhamento à Rede de Saúde	( )	
Atendimento Violência	( )	
Articulação Externa/Família	( )	
Articulação Externa/Rede	( )	

**Outras Observações:**

Usuário, consciente e orientado, afirma que tem os  
vínculos familiares fortalecidos e exerce atividades  
laboral.

Andreza Kátia L. de Arruda  
Assistente Social  
CRESS 4ª Região 6085

Assistente Social



## Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrica ( ) Psiquiátrico ( )		Auto - UDM SENHA 5119694
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome do Paciente: <u>Roberto de Oliveira Lacerda</u>		Idade: <u>58a</u>
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: _____		Fone: _____
Endereço Residencial: _____		Bairro: _____
Cidade: <u>J. dos Guararapes</u>		
<b>CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)</b>		
Acidente de Trânsito: ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( ) Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( ) Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) 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: _____ Explosão 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		
<b>CAUSAS CLÍNICAS</b>		
História Clínica Atual: <u>Acidente último de trauma contuso em MTE</u>		
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura fechada</u>		
<b>AValiação CLÍNICA</b>		
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X _____ vias Aereas: FR _____ Dispneia S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: 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 Criança 20-30 Adulto 12-30	FR: RN 120-160 <1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100	





### EXAME NEOROLÓGICO

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 Vor 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 6  
Localiza Estímulo Doloroso 5  
Retirada ao Estímulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Descebração 2  
Sem resposta motora 1

**TOTAL DE PONTOS EGG** 15

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 Infra - Torácica: S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )

Lesões Infra-abdominais S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )

Hálito Alcoolico ( ) Alteração na Mancha ( ) Sonolência/ Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

Usou outras drogas S( ) N( ) Informante Vítima ( ) Outros ( )

Loló ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança Perfume ( ) Anfetaminas ( ) Éxtase ( )

### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tela Gessada: S( ) N( )

Antibióticoterapia S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigênio terapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal S( ) N( )

Ventilação Mecânica Modalidade \_\_\_\_\_

F:O2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

*Avaliação Ortopedia*

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado MDH

Médico Regulador \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) ~~N( )~~

08/10/17

Local e data

Dra. Samara Aquino Holanda  
CRM-PE 73126

Médico Assistente



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11876267

A/C: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Sinistro: 3170501951 ASL-0357280/17  
Vítima: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI  
Data Acidente: 08/03/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **08/03/2017**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

## DPVAT- Como Requerer

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.

Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)



JS697700279BR

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI  
RUA QUATRO, 295  
SOCORRO  
CEP 54170000 - JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Administradora do Seguro DPVAT

**LÍDER**  
Seguradora







SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE ( ) INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA REBECA DE OLIVEIRA CAVALCANTE

DATA DO ACIDENTE 09/11 POSSUI CPF X SIM ( ) NÃO Nº CPF \_\_\_\_\_

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( ) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( ) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ( ) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ( ) Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - ( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
  - ( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
  - ( ) Outros Documentos apresentados: \_\_\_\_\_

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) \_\_\_\_\_  
Quem é o portador? ( ) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC. Paulo Bregaro  
Atendente Atend. Comercial Matrícula \_\_\_\_\_  
Data: 09/11/2011 Assinatura: Jane Joaquin Bezerra Mat. 8506.670.9

