



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS			6 - Nº Prontuário	118500
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
700509558286656	29/09/1982	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	IRENE MARIA DAS CHAGAS			12 - Telefone de Contato	8199566273
13 - Nome Responsável	ROSILDO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SEM INFORMACAO, - NOSSA SENHORA DA CONCEICAO			17 - IBGE	18 - UF
16 - Município	PAULISTA			281070	PE
				19 - CEP	53429370

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO HA +- 05 HORAS. CHEGOU AO SERVIÇO TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. HISTÓRIA RELATA TER ENCONTRADO PACIENTE DESACORDADO. PACIENTE NEGA VÔMITOS. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURAS MÚLTIPLAS DO FEMUR	5727	W199 ✓ 239	0415020063

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	700402985385947
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	26885
MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA	17/09/2018		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBO
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor
	E280000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Dr. Fagner Almeida
Médico - ORTOPEDIA
CRM 16845 - TEU 14331

Dr. Fagner Almeida
Médico - ORTOPEDIA
CRM 16845 - TEU 14331

AIH
261810164775

AIH
261810164775

AIH
261810165313



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 44503

Usuário: MONICABSL

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Prontuário: 118500

Idade: 35a 11m 19d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Data de Nascimento: 29/09/1982

Profissão :

Escolaridade :

R.G.:

C.P.F.:

Telefone:

CEP 53429370

Endereço: RUA SEM INFORMACAO

- NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - PAULISTA

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Data e Hora da Internação: 17/09/2018 14:32

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERMELHA - EMERGENCIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO - EXTRA

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Número:

Telefone:

Cidade:

Estado civil :

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 23 / 10 / 18

Hora da Alta: 16 : 30

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: RES, LOTE, eufórico, normocardio, normocardi

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta de fêmur

Diagnóstico Secundário01.: Fratura de Patela

Diagnóstico Secundário02.: Trombose Venosa Profunda

Procedimento.....:

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 38.720

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2018 08:57


Nome Paciente: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS
Cód. Paciente: 118500
Data de Nascimento: 29/09/1982
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: 0008
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 444907
SAME: 105514

Período: 17/09/2018 09:30 - 17/09/2018 09:32

IVIANE KELY SENA DO NASCIMENTO - COREN: 399103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE CHEGA AO SERVIÇO COM SAMU VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO
APRESENTA LESÃO EM MIE NEGA DESMAIO E VOMITO

Programa sintoma: TRAUMA

Eliminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 93.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

REVISADO
NEXT-HORA

LESÃO DE PELE

Sim ()

Local

[Handwritten signature]
20/09/18
08:57

Acolhido(a) por: IVIANE KELY SENA DO NASCIMENTO - COREN: 399103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2018 09:32

AT 445035

12

14109/18

Suider 231 09/18

REG

SE

JESUS

STRO: 10

XO: FEMNI

4178

HIA

38181018182

HIA

38181018182

HIA

38181018182



Atendimento: 444907

Senha da Classificação:

0008

Data e Hora: 17/09/2018 09:02

Paciente: 118500 REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/09/1982 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: IRENE MARIA DAS CHAGAS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 1234

Endereço: RUA SEM INFORMACAO

Bairro: NOSSA SENHORA DA GUARANI

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Ata vítima de lesão por arma branca + de arma branca ferida no abdome, com ferida de entrada e saída, com perda de sangue. Examinado no pronto-socorro. Foi encaminhado para o hospital.

Exame Físico

A: Vem com ferida no abdome; B: Respiração espontânea; C: Sinais vitais: FC 90 bpm, PA 120/80 mmHg, T 36,5°C, S 20 l/min. E: Exame físico normal.

Hipótese Diagnóstica

Lesão por arma branca (E)?

Prescrição Médica

- Sol. Ringer-Lactato 500ml

- SAT / VET 10

- Difenidramina 1% + AD, EV, qnq

- Ibuprofeno 400mg + 250mg 8/8h, EV, qnq

- Sol. analgésica de C. Guedes

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Reginaldo Figueira REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
27/09	HSOT#
20T8	HD Ex. apêndice (D) = Ex. Hemostase (D) (D) + Ex. próstata (E) PO (17/09) LC + oss com Hm. rubeo- + oss plom DNS e punção de líquido PO (26/09) - RAEI com bacia de Knoor Paciente evoluiu satisfatoriamente com a cura RKG, Apêndice, LOTO, Lupa MI, A tempo de 1.5. Paciente com apêndice fletido entre os dentes (38°C). RKG, Apêndice ao exame, LOTO Suficiente MI 15: PO Lupa CV. Tímido Noreen Paciente permanece com a febre apêndice SOLICITO hemograma hemograma Ureúmia Paciente apresenta S.H.

Dr. Jan Roberto Figueira
Médico
CRM 10.000

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Reginaldo Lourenço
CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: 513

REG: 115500
LEITO: 03

DATA/HORA	
31/10/18	Psicologia Foi informada pelo Serviço Social e pela enfermagem que paciente queria ver a possibilidade de receber a visita da filha de Lauz. Foi trabalhado com o paciente a impossibilidade desta visita devido a idade da criança. Fez um tempo psicoeducativo.
	HSOT#
05/10/18 09:25h	HD. Fv expok de fam (E) (Sagun) + Fv potok (E) POC(17/09)/CS + OSS com NIM 12/18 + OSS plan DNS o/pomfuz de 12/18 POC(26/09)/DAFI com bonafu Tenzos TVP em MIE Paciente segue estavel, sem queixas. R56, Afel, LOTE, Sufre, comodo temporariamente Po deq, MIE: FO LIME. N. Distúrbio com com a C a qual solicita acompanhamento conjunto.

Dr. Jan Bastião Figueira
CRM 102-14.240

#504
- D. Ex. Transcort. a (E) + Ex. de feno (E) +
FY Polida (E)

PO(17/09) OSS Him retrograde + OSS plan ONS
- p. de feno deduzido 135.

Pronto analise com q. de

RSG, Afidel, LOTE, Eupm

MIB: FO CIMBA, sem flogor

cd. Ag. 2º tempo arquip. pl OSS de
Polida (E). Pl. Quarta em Sexta.

#504

HO. Ao menos + reconstrução q. reabito prático.
PO(13/09) (com efeito). HO. A meta de

37. Pronto analise extant, sem q. de, dep. com
da em parte enquadra.

Exp. Recup. Afidel, LOTE, Eupm

MIB: Edem 2/4+ com da em corpo proter

da em (E) e form proter. FO dup. 1-2
cd. Soluto USG doppler de MIB.

#504

HO. Ao menos

Pronto analise com, sem q. de.

RSG, Afidel, Eupm, LOTE

cd. Ag. doppler de MIB.

#504

HO. Ao menos

Pronto analise com da em MIB
Afidel, LOTE, Eupm, RSG

MIB: Edem 2/4+

cd. Recup. USG doppler com TVP de
MIB. INICIO COAGULAÇÃO Plan

Paciente vítima de atropelamento

Foi no moto e carro bateu sendo atropelado por 3 meses. Negro despacia dos eldormine
= Negro perdo do genitente E uso do calor
infeto do cervico
3. nome: ECR, Consciente, orientado, e expresso
vendo

em cervico pericia. E uso de calor
AVE e ANT d M

ECR e DT BOF sb. Pulsos deca
SCG 15. Pupilas isocoricas
Adone flexione, indole? Exaturo exposto
MIE

2. TAC Cranio glc + Cervical slc + Torax slc +
abdome do

Excomparhamento coij.
co ortop

Dr. A. do Espírito Santo
MR O. da Silva
CRMPE 23356

3. TAC

#CEA

TAC se lesão craniomeng
colomo cervical toracico de
aldormine. Lesão e colomo
longbar.

- exalto do ec

Exas, cuidados do ortop
3 Retirar calor cervico

Dr. A. do Espírito Santo
MR O. da Silva
CRMPE 23356

Ficha de Cirurgia Descritiva

-visão de Cirurgia: 51913

Sala: 0003 SALA 03

Atendimento: 445035

Paciente: 118500

REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Carteira:

Convênio Atend.: 1

SUS - INTERNACAO

Idade: 35 Anos 19 Dias 20 Horas

Leito: 338

VERMELHO - EXTRA 007

Dt. Início: 17/09/2018 19:46 Dt. Fim: 17/09/2018 20:57

I Pré-Operatório:

I Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIO

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição**Descrição Cirúrgica:**DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO + FRATURA TRANSTROCANTERICA DO FEMUR ESQUERDO
FRATURA DE PATELA ESQUERDAINTERVENÇÃO: LC + OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA BLOQUEADA EM FEMUR ESQUERDO
OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO DESLIZANTE 135° DHS EM FEMUR PROXIMAL ESQUERDO

OPERADOR: DR. SORMANE BRITO 1º AUXILIAR: DR. AYRON

2º AUXILIAR: DR. FILIPE

INSTRUMENTADOR: EDI

ANESTESISTA: DRA. SIMONE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA EM MIE

APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

VISUALIZADO FERIMENTO EM REGIÃO ANTERIOR DA COXA ESQUERDA, FEITA AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM COM 6.000 ML SF 0,9%

INCISÃO LONGITUDINAL MEDIANA NO JOELHO, DIVULSÃO POR PLANOS

APLICADA HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA BLOQUEADA NÚMERO 11X38 MM COM 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAIS (N 40 / N 40) E 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAIS (N 80/65) AO FOCO DE FRATURA SOB TÉCNICA ESPECÍFICA COM FRESAGEM DO CANAL

7. VERIFICADA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

8. LAVAGEM COM SF 0,9% 1.000ML

9. VISUALIZADA FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FEMUR ESQUERDO ATRAVES DE ESCÓPIA

10. INCISÃO PELA VIA LATERAL, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO

ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA, VERIFICADA REDUÇÃO ADEQUADA DE FRATURA POR INTENSIFICADOR DE IMAGENS

FIXAÇÃO TEMPORARÁRIA COM 1 FIO DE K

11. FIXAÇÃO COM 01 PARAFUSO DESLIZANTE N 100 + PLACA 3 FUROS 135° COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS (36/24) COM

AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

12. LAVAGEM COM SF 0,9% 2.000ML

13. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM NYLON 2-0 E DA PELE COM NYLON 3-0

14. CURATIVOS ESTÉREIS

15. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

OBS.: FALTA OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DA PATELA ESQUERDA

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.555

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Reginaldo Lamego dos Chagas

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG: 119500

LEITO:

DATA/HORA	
05/10/18	# Verde II # HD: 1) Fx exposta de fêmur + Fx transtrocantária (E) + Fx patela (E) 2) DO (17/09) de LC + OSS com KIM sobre grade 3) TVD # Em uso: VARFARUM 5mg/dia Paciente segue el transtorno quando el não está, mega queixas no momento. As EF: EGB, consciente e orientada, eupneica, hidratado, normotenso, anictérico, anictérico. ACV = RCR, 2T, BNF, SK FC = 84 bpm PA = 110 x 80 bpm AR = MVT em ANT SIRA FR = 16 irpm ABDOMEN PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA+. Ed: Digo: EXT: MMII SI EDEMAS, PANTUFEDNAS LIVRES, INDOLOR À PALPAÇÃO. Ed: 1) Paciente vem sendo anticoagulado pela atropedia, que solicita o acompanhamento conjunto, para o último INR abaixo de 3, aumento varfarina pl 7,5 mg. 2) Aguardo INR solicitado hoje. 3) Avaliar alta quando INR de 2 a 3.

Maria Eduarda Barbosa
Médica
CRM-PE 20991

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002

Data..... 17/08/12

Hora..... 20:12

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339

Dr. Samuel Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26.415

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 26/09/2018

Hora: 10:51

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 52073

Paciente: 118500

Convênio Atend.: 1

Leito: 79

Dt. Início: 26/09/2018 08:59

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0002

SALA 02

REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS

SUS - INTERNACAO

ORTL-513-LEITO 003

Dt. Fim: 26/09/2018 10:55

Atendimento: 445035

Carteira:

Idade: 35 Anos 25 Dias 11 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408060527

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

11581 MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PATELA ESQUERDA

CIRURGIA: RAFI COM BANDA DE TENSÃO

CIRURGIÃO: DR. MAURICIO MIRANDA

1º AUXÍLIO: DRA. NAYANA ADOUR

2º AUXÍLIO: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA

ANESTESISTA: DR. GENÉSIO

ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DO MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO ANTERIOR PARAPATELAR NO JOELHO ESQUERDO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS;
 - * VISUALIZADO FRATURA TRANSVERSA EM PATELA ESQ.;
 - REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO TEMPORÁRIA COM PINÇA BACKAUS;
 - FEITO 02 TUNEIS PERPENDICULARES AO TRAÇO DE FRATURA E PASSADO 02 PARAFUSOS DE HERBERT 4,5MM
 - PASSADO FIO DE CERCLAGEM ATRAVÉS DOS TUNEIS E FEITO BANDA DE TENSÃO;
 - OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA;
 - LIMPEZA COM SF0,9%;
12. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0;
13. CURATIVO ESTÉRIL.

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 44065

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Reginaldo Laurenco das Chagas REG: 118500
IDADE: 35 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 17 08 18 DATA DA ALTA 21 10 18
DIAGNÓSTICO: fratura exposta do fêmur esquerdo + fratura
transistiotomtica do fêmur esquerdo + fratura da
patela esquerda
trombose venosa profunda

TRATAMENTO REALIZADO:

CC + DC + RTHI com haste intramedular retrograda +
OHS em fêmur proximal + Tratamento cirúrgico de fratura
da patela

ORIENTAO:

Troca clínica de curativo
ambular com auxílio de muletas
Retorno ao ambulatório de CM e ortopedia
tomar medicaes prescritas
Retorno ao ambulatório de CM e Ortopedia
em 7 dias

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM() ☐ NÃO()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.720

+ Dr. Wagner Athay de

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 444907 Prontuário: 118500 SAME: 105514 Hora Atend: 09:02 Data Atend: 17/09/2018
Paciente..... : REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS Idade: 35 a
Endereço..... : RUA SEM INFORMACAO
Bairro..... : NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53429370
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 17/09/2018 Hora Saída : 14:30

Prestador da Evolução Médica: MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA

DIAGNOSTICO
ENF MARCELO

MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA / 24589
CIRURGIA GERAL

Atendimento: 445035

Dt Atendimento: 17/09/2018 - 14:32

Dt Alta: 23/10/2018 - 20:00

Paciente: 118500 REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 707 VERD2-31

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ADRIANABP

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ADRIANA BARBOSA DA PENHA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Reginaldo Lawrence das Chagas REG: 118500
IDADE: 35 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 17/09/18 DATA DA ALTA 23/10/18
DIAGNÓSTICO: fratura exposta do fêmur esquerdo + fratura
transcondilária do fêmur esquerdo + fratura da
patela esquerda
Trombose venosa profunda

TRATAMENTO REALIZADO:

LC + DC + RAST com haste intramedular retrograda +
DHS em fêmur proximal + Tratamento cirúrgico de fratura
da patela

ORIENTAÇÃO:

Toma diária de curativo
Deambular com auxílio de muletas
Retorno ao ambulatório de CM e ortopedia
Tomar medicações prescritas

Retorno ao ambulatório de CM e Ortopedia
em 7 dias

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Hudysan Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23.720

+ Dr. Wagner Athayde

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

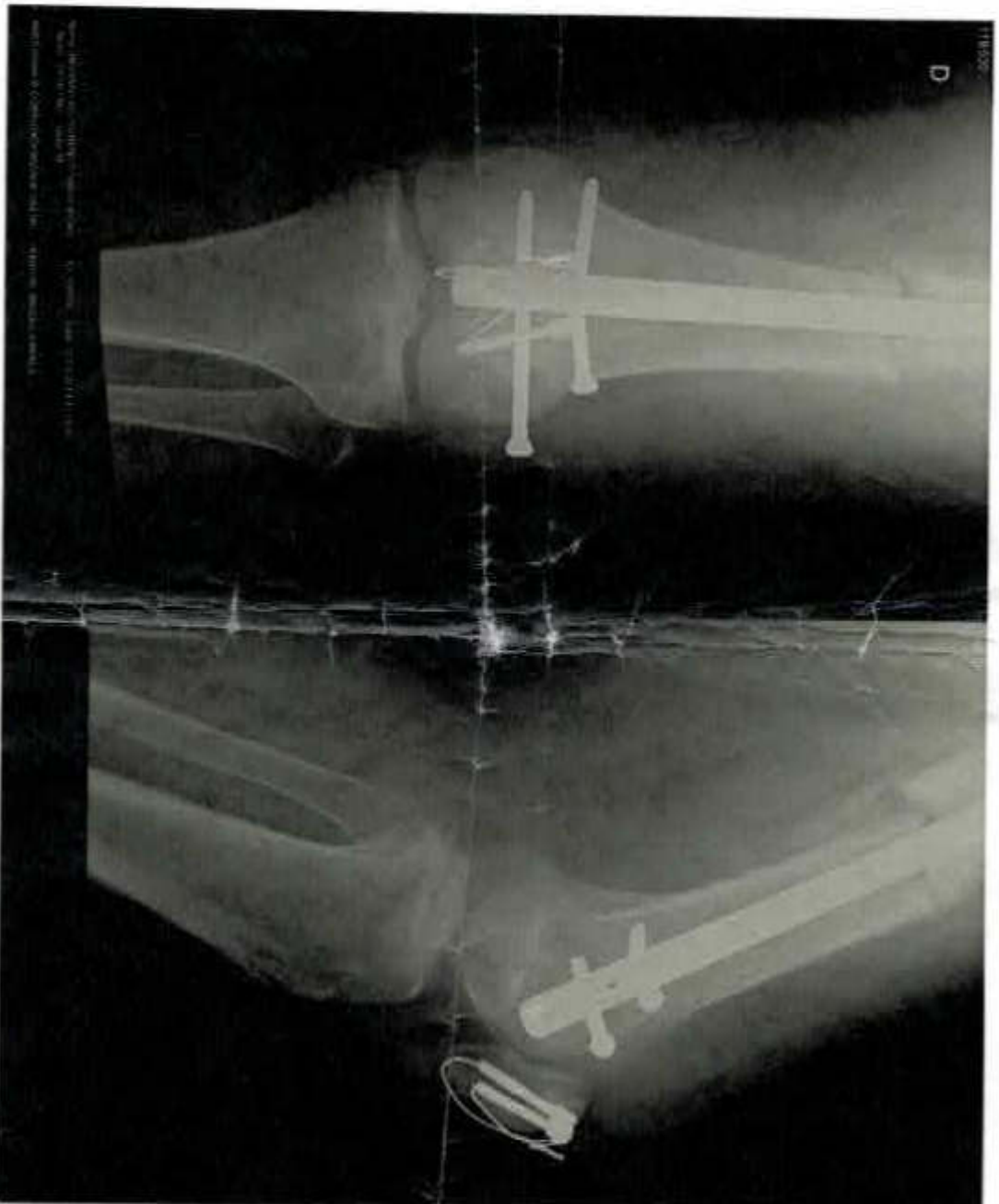
ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



PERNAMBUCO



IMIP
GESTÃO
HOSPITALAR



Serviço de Imagem:
Raios X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Eletrocardiograma

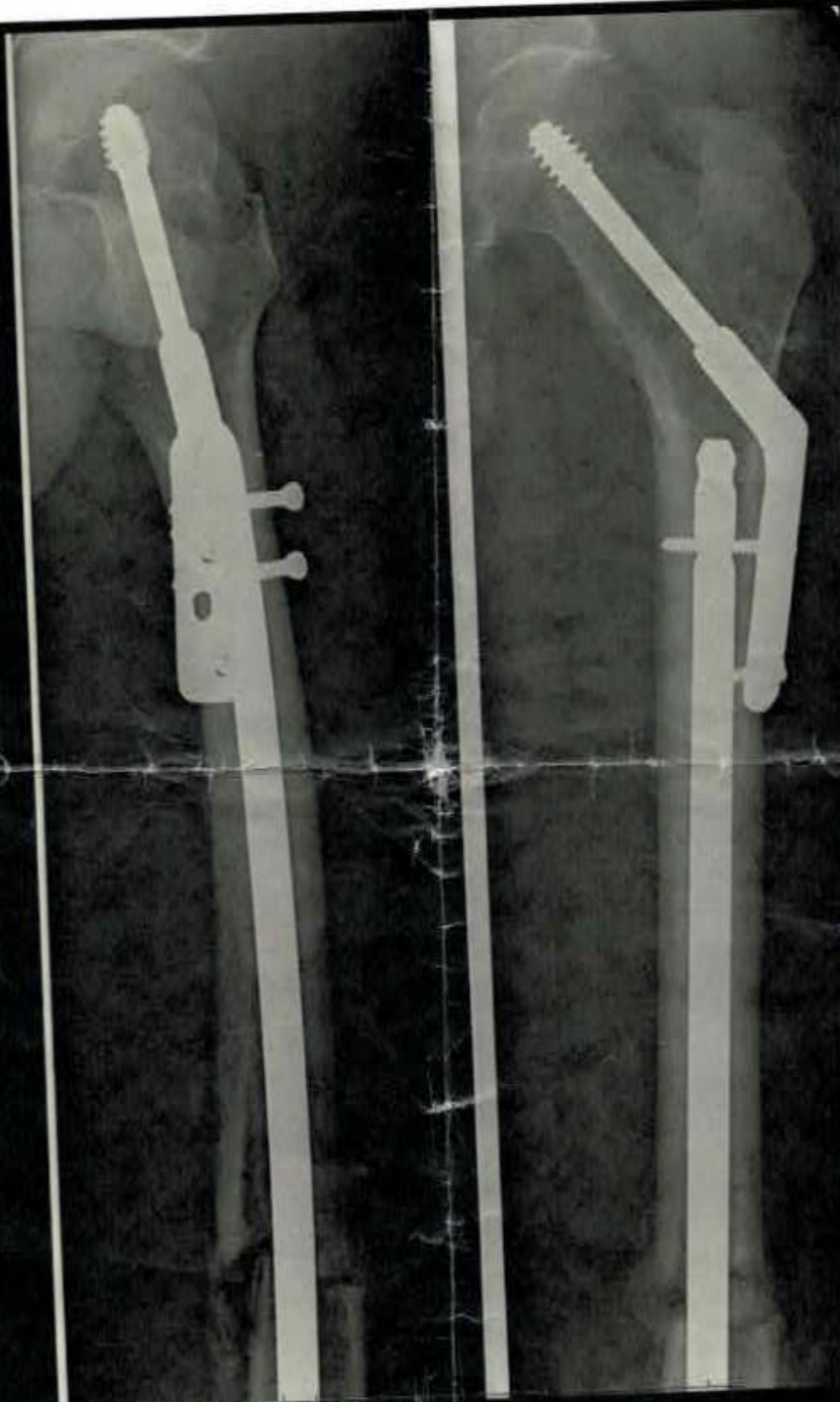
Estrada da Fazendinha S/N, Jaqueiribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hna.imip.org.br

11/500

D



Paciente: REGINALDO LUIZ MENDES DAS CHAVAS ID: 11/500 Data: 12/02/2019 11:32:41
Idade: 29/09/1989 Sexo: M

RAIOGRAFIA COMPUTACIONALIZADA DIGITAL HOSPITAL MIGUEL ARRARES

Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

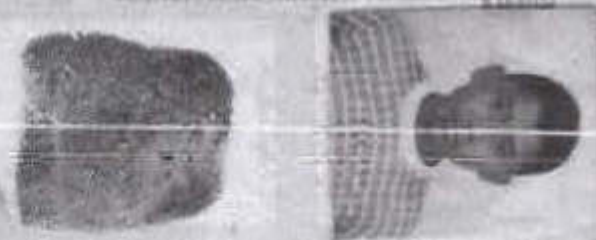
Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E06R-41
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E TITULACAO DE DIR.



Reginaldo Lourenço das Chagas

CARTÃO DE IDENTIFICACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6661410 DATA DE EXPIRACAO 11.05.2000

REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS

FILIAÇÃO
Antonio Lourenço das Chagas
Irene Maria das Chagas

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Nazaré da Mata - PE 29.09.1962

ENDEREÇO
C.N. 14.668 Lx. A-13 FL 280 Cart. Sede - Vitória - PE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20.06.83



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

014.820.734-04

Nome

REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS

Nascimento

29/09/1982

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190657014 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA ESQUERDA.
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR / OSTEOSSÍNTESE COM FIO, PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 11/14/19/20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190657014 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA ESQUERDA.
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR / OSTEOSSÍNTESE COM FIO, PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 11/14/19/20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415369/19

Vítima: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

CPF: 014.820.734-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: REGINALDO LOURENCO
DAS CHAGAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS : 014.820.734-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS
CPF: 014.820.734-04

REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190657014

Vítima: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190657014

Vítima: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 0000051925-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 01482073404 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS

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

5 - Nome completo: REGINALDO LOURENCO DAS CHAGAS 6 - CPF: 014.820.734-04
7 - Profissão: SERV. GERAIS 8 - Endereço: TV. NORUEGA 9 - Número: 64 10 - Complemento:
11 - Bairro: JAU AMARELO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53400-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9-8427-3014

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1581 CONTA: 51925 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data: Recife 25 de NOVEMBRO de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0118011233**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **11:54**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01** - Bairro: **MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS (VITIMA)

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)

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

REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRENE MARIA DAS CHAGAS** Pai: **ANTONIO LOURENÇO DAS CHAGAS** Data de Nascimento: **29/9/1982** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6661410/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PAU AMARELO (BAIRRO), 01, TRAVESSA DA RUA IRAN NUMERO 76 A - CEP: 55000-000 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

SEGUNDO O NOTICIANTE FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO INFORMA QUE APOS A ATROPELAMENTO O CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO SENDO A VCITIMA SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE RECEBEU O PRONTUARIO 118500, SEM MAIS EN CERRO ESTE B.O

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

Reginaldo Lourenço das Chagas

**REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARLENE VERA DA SILVA** - Matrícula: **3848418**

Adilson Farias
Comissário Especial de Polícia
Mat. 155.137-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.820.734-04 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS

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

5 - Nome completo: REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS 6 - CPF: 014.820.734-04
7 - Profissão: SERV. GERAIS 8 - Endereço: TV. NORUEGA 9 - Número: 64 10 - Complemento:
11 - Bairro: JAU AMARELO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53400-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9-8427-3014

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1581 CONTA: 51925 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data: Recife 25 de NOVEMBRO de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 02.11.2018.
EM: 06.11.2018.

Atendendo ao requerimento do Sr., **REGINALDO LOURENÇO DAS CHAGAS**, RG Nº 6.661.410 – SDS - PE, CPF Nº 014.820.734-04, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 527904 do dia 17 de setembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 08hs e 10min, vítima de acidente com motocicleta, na Rodovia PE - 022, S/N, Loteamento Conceição - Paulista, nas proximidades do Hotel Cupido, sendo em seguida removido para ao hospital Miguel Arraes.

Josicleide Montenegro
Gerente SAMU/192
Paulista

Dra. Josicleide Montenegro
Gerente do SAMU/Paulista
MAT. 60820



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.832.902/0001-08 | Insc. Est. 0600940-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO CARMO VIEIRA DE SA
MCE043P08

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV NOROESTE 64

CPF 191.500.148-53 (NIS 206145020)

Nº de C/PALAMPELO
FALISTA PE
55430-000

CLASSIFICAÇÃO
BT REGISTRO
BARRAGEM / 11/11/2019

NUMeração	DATA
2451184019	10/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
31/10/2019	18/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
60,47	

ESPANHA FISCAL	SIN	FORMA
0015.0001	UNICA	11/10/2019
NUMEROS DE CONTAS	NUMEROS DE CONTAS	NUMEROS DE CONTAS
24700019	10110001	2.000.000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Básico (Básico)	10,000000	0,1975000	0,00
Consumo Básico (supra a 35 de 100 kWh)	13,000000	0,3387500	0,00
Consumo Básico (supra a 100 de 100 kWh)	10,000000	0,5000000	0,00
Adicional de Renda (AMRE) A			0,00
Adicional de Renda (AMRE) B			0,00
Adicional de Renda (AMRE) C			0,00
Adicional de Renda (AMRE) D			0,00
Adicional de Renda (AMRE) E			0,00
Adicional de Renda (AMRE) F			0,00
Adicional de Renda (AMRE) G			0,00
Adicional de Renda (AMRE) H			0,00
Adicional de Renda (AMRE) I			0,00
Adicional de Renda (AMRE) J			0,00
Adicional de Renda (AMRE) K			0,00
Adicional de Renda (AMRE) L			0,00
Adicional de Renda (AMRE) M			0,00
Adicional de Renda (AMRE) N			0,00
Adicional de Renda (AMRE) O			0,00
Adicional de Renda (AMRE) P			0,00
Adicional de Renda (AMRE) Q			0,00
Adicional de Renda (AMRE) R			0,00
Adicional de Renda (AMRE) S			0,00
Adicional de Renda (AMRE) T			0,00
Adicional de Renda (AMRE) U			0,00
Adicional de Renda (AMRE) V			0,00
Adicional de Renda (AMRE) W			0,00
Adicional de Renda (AMRE) X			0,00
Adicional de Renda (AMRE) Y			0,00
Adicional de Renda (AMRE) Z			0,00
TOTAL A PAGAR (R\$)			60,47

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00

NUM	TPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NUM	CONTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0000000	143	10/10/2019	1,4130	1,4130	10	1,0000		0,00