

Ficha de Atendimento - Emergência

Not. AT

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50370873

Paciente: PRICILA DA SILVA

Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA

Endereço: RUA17, nº 170 - IDALINO BEZERRA / PETROLINA (PE)

CNS:

Doc. Identificação:

Nasc.: 18/08/1988 Idade: 30

Telefone: (87) 88194083

ANAMNESE DO MÉDICO

1. CIRURGIA GERAL - 25/05/19

Paciente vítima de colisão moto-carro há cerca de uma hora. Nega perda de consciência ou vômitos, queixando-se apenas de dor em coxa esquerda.

Ao exame, EGB, consciente e orientada, eupneica.

A - Vias aéreas pervias; em uso de colar cervical.

B - eupneica; MV+ em AHTX, sem RA.

C - hemodinamicamente estável, FC=68 bpm

D - ECG=35, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E = membro inferior esquerdo imobilizado, com dor à palpação de joelho e coxa esquerda; presença de escoriações em mmss direito e tórax direito; sem sinais de irritação peritoneal.

#HD: 1) Trauma em mmil direito por colisão

#CD: 1) Solicito radiografia de coxa esquerda AP e perfil e joelho esquerdo AP e perfil.

2) Avaliação da ortopedia.

3) Alta da cirurgia geral.

Gustavo S. Marques
Cir. Geral e Virologia
CRM 12.155

Michela Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUNAF / EBSERH
CPF 042.3982

#10/2019

Fratura de fêmur (P) após queda
de moto há 1h. CD: internar para a cirurgia

GUANCA ZAMARZI MELO
Cirurgiã Geral
CRM 12.155

HU UNIVASF
COMP. 16
Data: 25/05/2019

Ass. Paciente:

Salda: 1

05.802.434/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEQUÊNCIA

Data de Impressão: 25/05/2019

Hora: 18:58

17 SET 2019

HU, preserve-o, ele também é seu.

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE



SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA

Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613 - 8889/ 3613 - 8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971890/0001-20

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: 293.162 - PRISCILA DA SILVA

Nº GUIA: 1.059.106

CIRURGIÃO: Dr ERISVALDO GONCALVES RODRIGUES

ANESTESISTA: () DR. CARLOS ALENCAR () DR. EDUARDO BORGES () DR. RICARDO VIEIRA (X) DR. MATEUS BISSOLI

DATA DA CIRURGIA: 29/05/2019

ANESTESIA/INICIO: 09:40 TERMINO: 10:40

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR

INTERVENÇÃO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR

MEMBRO: () DIREITO (X) ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: () ABERTA (X) FECHADA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSE
- 3) APOSIÇÃO DOS CAMPOS
- 4) ACESSO LATERAL EM PONTE COM 2 INCISÕES
- 5) PASSAGEM DE PLACA COMPRESSÃO DINÂMICA ANGULADA RENTE AO FÊMUR, REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR, FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAL E DISTAL
- 6) IRRIGAÇÃO COM 5L DE SF 0,9%
- 7) SUTURA POR PLANOS SOB DRENO COM 2 VYCRIL 2.0, 03 NYLONS 2.0
- 8) CURATIVO

MATERIAL DE OPME

- () 0702030325 - FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO
- () 0702030384 - FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR
- () 0702030392 - FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO
- () 0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR
- () 0702030490 - HASTE FEMORAL LONGA C/ BLOQUEIO CEFÁLICO (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702030511 - HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702030546 - HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL P/ USO INFANTIL
- () 0702030554 - HASTE INTRAMEDULAR NÃO BLOQUEADA
- () 0702030562 - HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702030805 - PINO DE SHANTZ
- (X) 0702030910 - PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702031062 - PLACA PONTE 4,5 M

OUTROS NÃO COMPATÍVEIS/JUSTIFICATIVA:


Dr ERISVALDO GONCALVES RODRIGUES
CRM 13.935-BA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

01055324

Moto 114 3da - 1-1-17 11:17:17

20 km 30km

sote

SERVIÇO DE ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.

Av. Paulo A. Formoso, 01 - Alto da Maravilha
- Tel.: (74) 3611-3403 / Fone: (74) 3611-4023

PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO

Nome do Paciente

Priscila de Silva

Nº do Registro

2931162

Data de Análise

26/05/19

Enlaxar

2

Nº do Lado

2

DIA 28/05/15

DIA 29/05/15

DIA 30/05/15

DIA 01/06/15

MEDICAMENTO

DOSE

VIA

INTERV.

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

1) Naloxona - 2mg
2) Tiroc
3) Dipirona 1g + 40
4) Hemostático 4mg, 100mg
5) Mucosol

29/05/14 10:00 200

@ 100mg 2 100mg

1) 100mg 100mg
2) 100mg 100mg
3) 100mg 100mg
4) 100mg 100mg
5) 100mg 100mg

OUTROS CUIDADOS

1) 100mg 100mg
2) 100mg 100mg
3) 100mg 100mg
4) 100mg 100mg
5) 100mg 100mg

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Rosa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome:	PRISCILA DA SILVA	Chegada:	25/05/2019 18.49.02
Sexo:	FEMININO	Idade:	30
Transporte:	SAMU	Data de Nascimento:	18/08/1988

Classificação de Risco

Queixa Principal: Vítima de colisão moto-carro apresentando escoriações em tórax; algia em MIE;							
Fluxograma: QUEDA				Discriminador: DOR LEVE RECENTE			
Parâmetros:	Glicemia Capilar		123		Escala de Coma de Glasgow:		15
	Pulso	83	Ritmo:				Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:	3	PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	☒	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Interno:	Cirurgião						
Classificador:	CAMILA DA SILVA CARVALHO		COREN / CRM:		390002	Hora de Início CR:	25/05/2019 18.52.14
						Hora de Fim CR:	25/05/2019 18.55.55

Reclassificação

Queixa Principal:							
Fluxograma:				Discriminado:			
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso		Ritmo:				Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:		PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Interno:							
Classificador:			COREN / CRM:			Hora de Início CR:	_____
						Hora de Fim CR:	_____

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUMANIVASF / EBSERH
SINAPSE 810-2009

05.804-4901-41
TRANSPORTADORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Maurício

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PRICILA DA SILVA

6 - ACOMPANHANTE

X

7 - PRONTUÁRIO

50370873

8 - CNS

9 - RG

10 - CPF

11 - NASCIMENTO

18/08/1988

12 - SEXO

F

13 - RACA-COR

PARDA

14 - REGULAVEL

SIM

15 - NOME DA MÃE

MARIA DAS NEVES DA SILVA

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 88194083

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - ETNIA

19 - TELEFONE DE CONTATO

20 - ENDEREÇO

RUA 17, nº 170 - IDALINO BEZERRA

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

22 - CÓD. IBGE

2611101

23 - UF

PE

24 - CEP

56300

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura de fêmur esquerdo após queda de moto hoje

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

história clínica + exame físico + rx

Michellia Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF - JESSEIRH
DIANE 210.9999

05.802.494/0001-33
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 SET 2019

27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

tratamento cirúrgico

HU UNIVASF
CONFER
Data 16/07/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 B
Boa Vista - CEP: 56300-000
22 SET 2019

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

29 - CID 10 PRINCIPAL

S72.3

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

34 - CLÍNICA

35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE

8383163444

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

BIANCA ZAMBUZZI MELONI

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/05/2019

40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

22042PE/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

41 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

43 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

44 - CNPJ DA SEGURADORA

47 - CNPJ EMPRESA

45 - N. BILHETE

48 - CNAE EMPRESA

46 - SÉRIE

49 - CBOR

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

52 - COD. ORGÃO

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

27/05/19

56 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

261 910638 468-6

CNS 205777-104-34
CPF 27972-1-DE
CRM 1118

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2358351 Abertura: 26/05/2019 17:23

Paciente: PRICILA DA SILVA - Idade: 33a. - Sexo Feminino

Central, Reg.: CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL DE LEITO Unid. Origem: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA - PE

Município: Petrolina

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - MMII

Justificativa da Transferência: SUPERLOTAÇÃO NA UNIDADE HOSPITALAR

Complemento da Solicitação: SOLICITO REGULAÇÃO, DEVIDO A SUPERLOTAÇÃO NA UNIDADE HOSPITALAR. (Joselita Julieta da Silva Santos - 28/05/2019 17:23:29)

Resumo Clínico: ===== RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO.

- LISTA DE PROBLEMAS:

TRATAMENTO CIRÚRGICO - Ativo - Susp. Diag.: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

- EVOLUÇÃO: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE E ORIENTADA, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AMBIENTE, SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

- DADOS VITAIS:

FC:79

FR:18

PAS:120

PAO:80

TEMPERATURA:35,2

- MAIS INFORMAÇÕES:

SUP. VENT.:Ar Ambiente

GLASGOW:15

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASOATIVAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIBIÓTICOS

Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO/AUDO DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardi: Sem Exame

RX: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR.

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECIOSO: Sem Irritação

MÉDICO RESPONSÁVEL: HUMBERTO ARTUR SILVA SANTOS - Nº Cons:

19979 / CREMEPE

Informado por Joselita Julieta da Silva Santos - HU em 28/05/2019 17:23:31

Hipótese de Diagnóstico (CID)

S72.3 FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Encaminhamento

28/05/2019 18:43

SOTE - JUAZEIRO - BA

Prof. Reg.: ROGERIO CASSIO LEAL RODRIGUES

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - MMII

Ambulância:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Data da Emissão: 28/05/2019

Hora da Emissão: 18:35

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome do Estabelecimento Solicitante	CHES
SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	2423960
Nome do Estabelecimento Solicitante	CHES
SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	2423960

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Fronteira	
PRISCILA DA SILVA		293.162	
Cidade Nacional de Issa (CID)	Data de Nascimento	Sexo	Passa pelo Corredor
	18/08/1988	Masculino ☐ Feminino ☒	☐ Sim ☐ Não
Nome da Mãe		Nº Telefone de Contato (074)	
MARIA DAS NEVES DA SILVA			
Nome do Responsável			
MARIA DAS NEVES DA SILVA CARVALHO			
Município de Nascimento	UF	Endereço Residencial (Rua, Av, Complemento)	
PETROLINA	PE	RUA 17,	
Nº	Nome	Município de Residência	Código BRG do Aluguel
170	IDALINO BEZERRA	PETROLINA	261110
UF	CEP		
PE	55.300-000		
Porto de Referência	Documento		
	☐ CPF ☒ RG ☐ R.CIVIL ☐ RCPASEP ☐ R.CORRADO		
	Nº	127288507	

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estabelecimento	Nº Conselho de Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor
ROBERTO BASTOS DE ALENCAR	1087-PE	03506890568	Dr. Roberto B. Alencar Especialista Traumatologia CRM 510 / 4087-PE RUA 17, 170 - PETROLINA - PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
Admissão em HA 30/04 Dor - Ortopédica femur E	FRATURA DIAPHISA DO FEMUR (E)

Condições que Justificam a Internação

Condições que Justificam a Internação	
Admissão em HA 30/04	

Principais Resultados de Exames Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados)

Principais Resultados de Exames Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados)	
Admissão em HA 30/04	

Diagnóstico inicial

Diagnóstico inicial	OD 10 Principal	OD 10 Secundária	OD 10 Causas relacionadas	Nº Instit. Competência
Femur Fratura E	574-572-3			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento Solicitado
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS	0409030519

Código do Centro de Internação

Código do Centro de Internação	Cidade	Estado	Letra Complementar
	CE		

Equipamentos necessários para a internação

Equipamentos necessários para a internação	
Admissão em HA 30/04	

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante	
ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO	

DOCUMENTO	Nº Documento (CHS/CPF) do Profissional Solicitante	Nº de Conselho de Classe
☐ CHS ☒ CPF	804.737.195-04	14.424-BA

Data de Emissão	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante	Data de emissão e internação
28/05/19	Dr. Roberto B. Alencar CRM 510 / 4087-PE RUA 17, 170 - PETROLINA - PE	28/05/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AC DE TRÂNSITO	CPF de Seguradora	Número do Dôlar	Sexo
ACD TRABALHO	CPF de Empresa	CIVIL de Empresa	CEP
AC TRABALHO			

Vínculo com a Previdência

Vínculo com a Previdência	☐ Empregado ☐ Empregador
---------------------------	--

Assinatura do Profissional Autorizador

Assinatura do Profissional Autorizador	
Documento	Nº do CHS/CPF Profissional Autorizador
☐ CHS ☒ CPF	
Data de Autorização	Código do Orgão Emissor
	M291840701
Nº Registro Class. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo

Atenção: Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Nº 21910643277-0



05.802.499/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

MENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAPHISE
(8/2019 08:42:48)
SA CASTANHEIRA TOLEDO PIZA VIANA

FICHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 293.162 - PRISCILA DA SILVA
Dt. Nascimento : 18/08/1988
Idade : 30a 9m 10d Sexo : F
Estado civil : SOLTEIRO
RG : 1272686507-SSP - BA
Naturalidade : PETROLINA - PE
Pai : NAO DECLARADO
Mãe : MARIA DAS NEVES DA SILVA
Endereço : RUA 17, 170 , IDALINO BEZERRA , PETROLINA - PE
Telefone : (87)9-8821-4759 /

INTERNAMENTO

Convênio : SESAB
Médico Responsável : Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO - 14.424-BA
Pessoa Responsável : MARIA DAS NEVES DA SILVA CARVALHO
RG : 3171267 SDS PE
Observação : Acidente de Moto há 04 dias
Entrada : 28/05/2019 18:32

Saída : 30/05/2019 12:05

TERMO DE RESPONSABILIDADE

OBRIGO-ME PERANTE AO HOSPITAL SOTE - SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA COMO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE ACIMA MENCIONADO(A).

JUAZEIRO, 28/05/2019

Maria das Neves da Silva Carvalho
ASSINATURA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

FOLHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 293.162 - PRISCILA DA SILVA
DT Nasc : 18/08/1988 Idade : 30a 9m 10d Sexo : F Profissão :
Est Civil : SOLTEIRO RG : 1272688507
Pai : NAO DECLARADO
Mãe : MARIA DAS NEVES DA SILVA
Endereço : RUA 17, IDALINO BEZERRA PETROLINA-PE
Telefone : (074) CEP : 56.300-000

INTERNAMENTO

Convenio : SESAB Usuário : ALEXSANDRO JR
Médico Responsável : ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO CRM : 14.424-8A
Pessoa Responsável : MARIA DAS NEVES DA SILVA CARVALHO RG : 3171267
Dependência : ENFERMARIA 2-2 Entrada : 28/05/2019 18:32:59
Dias Autorizados : 03 Alta :
Observação : Acidente de Moto há 04 dias
Proc Principal : 03 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS
Matrícula : 0 CNS :

Observação :

EXAMES CLÍNICOS

Acusação de dor na 3ª

R do Fem E

Falso de 10 cm Fem E

Anamnese

do 10 cm Fem E

CIP 573

Ass. Residente

Diagnóstico Provisório :

Diagnóstico Definitivo :

Alta Hospitalar em :

Ass. Médico Assistente

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

**SOTE**SERVIÇO DE
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADO LTDA**HOSPITAL SOTE**

EMITENTE

Caxel

REGISTRO 793.162

PACIENTE

Priscila de Silva

UNIDADE

DATA

/ /

HORA:

CONVÊNIO

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
28	ADALAT		1284	EFORTIL		23029	MONONYLON 2.0	
76	ADRENALINA		487	ETER SULFURICO		23030	MASC. DESCARTAVEL	04
135	ÁGUA DEST. 10 ML		20	ETRAHE		3410	NARCAN	100ml
156	ÁGUA OXIGENADA		23403	ETHBOND 5		23314	POND. DEGERM	
22259	ALCOOL IODADO	20 ml	55	EQ. INJ. MACIL. PISORO	01	4544	PLAZIL	
263	AMINOPIRINA		21076	EQ. ARTROSC. 3 VIAS		4360	PROSTOMINE	04
385	AMPUCLINA 10		22928	ESP. PARAD. 4.5X10CM	60cm	3081	PROPEL	
480	ATROPINA 0.25MG		22879	ESP. PARAD. ANT. AL. MICROPOSE	04	18	POLYDOT 6 SA	
75	AG. DESC. 30X2		30124	ESCONA MARCOONE		17	POLYDOT 2.0 SA	
21011	AG. DESC. 40X12		80118	FIO KIRSCHNER Nº 1.0		21198	PONTA SHAVER	
21015	AG. 13X3.5		8088	FIO KIRSCHNER Nº 1.5		23514	POLYDOT 0 CA	
21000	AG. RAQUE DESC. Nº 27	01	43	FIO KIRSCHNER Nº 2.0		23516	POLYDOT 2.0 CA	
22118	ALGODÃO ORTOPÉD		45	FIO STEINMAN Nº 2.5		23518	PPOLYDOT 3 CA	
22048	ALGODÃO HIEROFIL		48	FIO STEINMAN Nº 3.5		23433	PROLENE 0	
22178	ALCOOL 70%		46	FIO STEINMAN Nº 4.0		23621	PROLENE 3.0	
21002	APRILHO BARBEAR		1747	FENIBRAN		23823	PROLENE 4.0	
22437	ATAD. CREPE 10CM		317	FENTANIL 10 ML		23930	PROLENE 6.0	
22453	ATAD. CREPE 15CM	02	54	FORMOL / ML		6137	QUELICH 100MG	
22461	ATAD. CREPE 20CM		21	FRUXOPARINA		6133	RINGER LACTATO 500	
22580	ATAD. GESSADA 10		22925	FOLIA SHARCH		307	MANITOL 20% 250	
16	ATAD. GESSADA 15		2036	GARAMICINA 80MG		4820	SOLUCORTEF	
22623	ATAD. GESSADA 20		2183	GLICOSE 25%		6123	S. FISOL 0.2% 500	03
479	BOL. DE BÓCIO		2187	GLICOSE 50%		3036	S. FISOL 0.9% 1000	
496	BUSCOFAN		2222	GLUC. DE CÁLCIO		23123	SERINGA 10CC	
66	BOLA DE ALGODÃO	0.2	30122	GAZE PURCHADA		23121	SERINGA 3CC	01
24183	BORRACHA ASPRIL		15	GLUTARIL PNL		23142	SERINGA 5CC	02
6115	CECILANDE		22006	GORRO DESCARTAVEL	04	23158	SERINGA 100CC	01
661	CL. DE BÓCIO		2335	HEPARINA	01	23166	SERINGA 200CC	
670	CL. DE POTÁSSIO		23	JELCO Nº 20		23026	SONDA URETRAL Nº 8	
208	CAL. SOGADA		23007	JELCO 14		21121	SONDA FOLLEY 2V Nº 14	
23077	CATETER 12 OCULOS		25	JELCO 16		22635	SONDA FOLLEY 2V Nº 22	
21252	CEVA OBBEA		22008	JELCO 18		22011	SCALP 15	
21080	COLETOR 388. PECH		22913	JELCO 24		21065	SCALP Nº 21	
22932	COMPL. GAZES	20	2710	KOSAKION		21068	SCALP Nº 20	
21089	COMPL. CIRÚRGICA	08	2727	KEPLIN	02	23391	SIMPLES 0 SA	
24521	CATETER SUBCUTÂNEO		2728	KETALAR		23398	SIMPLES 2.0 CA	
23383	CRONADO 0.25A	01	3803	LASEK		23382	SIMPLES 3.0 SA	
80148	CRONADO 2.0 SA		23000	LIAX EST. Nº 7.5	04	23392	SIMPLES 4.0 SA	
23375	CRONADO 0 CA		23015	LIAX EST. Nº 8.5	04	23396	SIMPLES 0 CA	
23378	CRONADO 1 CA	01	22918	LIAX PROCEDIMENTO	01	6127	SORO GLICOSE 0.9% 500	
23379	CRONADO 2.0 CA		23018	LAMINA BISTURI Nº 24	01	195	TILATIL 20MG / 40	
23388	CRONADO 3.0 CA		22016	MALTIVA	01	22356	TINTURA BENJOM	
1027	DEXAMETAZONA	01	37	MARCAINA PEE 0.5		8	TRACRUM 25MG	
1100	DIPLOMA 10	01	718	MARCAINA ISOBARICA		1064	VALIUM 10MG	
842	DIBORF 2MG	01	103	MARCAINA 0.5% SV		647	XYLOCAINA GELIA	
1364	DORMOND 15MG		36	MARCAINA 0.75% SV		739	XYLOCAINA 2% SV 20	
60	DRENHO SUÇÃO Nº 3-2		22923	MONOCPL 4.0		8140	XYLOCAINA SPRAY 10	
22728	DRENHO PEAROSE		23340	MONONYLON 2.0	04	23088	AT. ALGODÃO 10 CC	
61	DRENHO SUÇÃO -6.4		23345	MONONYLON 3.0		22100	AT. ALGODÃO 15 CC	
60	DRENHO SUÇÃO -4.8	01	23428	MONONYLON 4.0				

CÓD	SALA DE CIRURGIA	QUANT.	INÍCIO
	TAXA DE BISTURI ELÉTRICO	X	
	TAXA DE OXIGÊNIO	X	
	TAXA DE ASPIRADOR	X	
	TAXA DE FURADEIRA	X	
	TAXA CARDIOCÓPIO	X	
	TAXA OXIMETRIA	X	
	TAXA DE INTENSIFICADOR	X	

05.802.494/0001
 TRACÃO CORRETOR
 DE SEGUROS LTDA
 17 SET 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Proxib. do Siba* REGISTRO: *283.162*
CIRURGIÃO: *Dr. Lacerda* 1º AUXILIAR
ANESTESISTA: *Dr. Costa* 2º AUXILIAR
INSTRUMENTADOR:
DATA: *29/08/9* INÍCIO: TÉRMINO: DURAÇÃO:
DIAGNÓSTICO: *Fra. de Tarsal G* INTERVENÇÃO: *Revisão*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

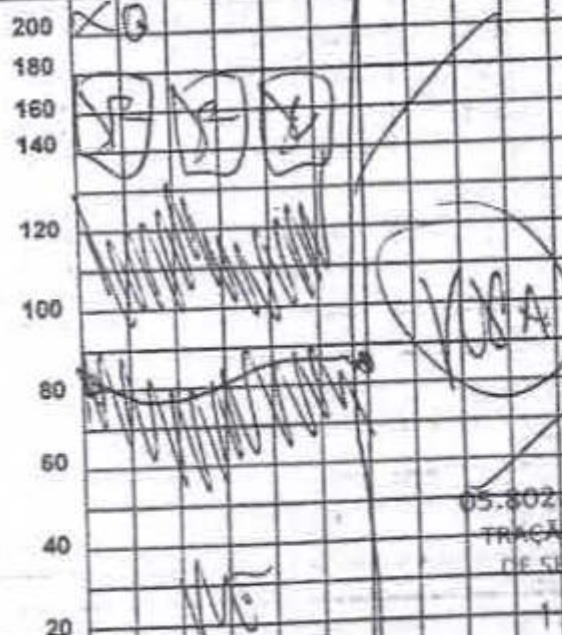
*Revisão
prol. de
ponta*

2. Lacerda

LAUDO DE ANESTESIA

ANESTESIA INÍCIO: *9:40h* TÉRMINO: *10:40h* DURAÇÃO: *1h*
TIPO DE ANESTESIA: *relaxante
muscular* AGENTE: *Propofol + N2O* VOLUME: *2L*

MEDICAÇÃO DO C.C.



- ① Bupivacaína 0.5% - 0.5ml
- ② Atropina 1mg - 0.1ml
- ③ Midazolam 2mg - 0.2ml
- ④ Propofol 10mg - 0.1ml
- ⑤ Nitrogênio 5L - 0.1ml
- ⑥ Sufentanila 2mg - 0.2ml

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROSIDADE

17 SET 2019

Márcio Disotto
Anestesiologista
CRM - RJ 27145
CRM - RJ 31004

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



SOTE
SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADO LTDA

HOSPITAL SOTE

EMITENTE

Caral

REGISTRO *243.162*

PACIENTE *Priscila de Silva*

UNIDADE

DATA *1 1*

HORA

CONVÊNIO

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
28	ADALAT	
76	ADRENALINA	
135	ÁGUA DEST. 10 ML	
186	ÁGUA OXIGENADA	
2259	ÁLCOOL IODADO	<i>30 ml</i>
293	AMINOPIRINA	
385	AMPICILINA 10	
480	ATROPINA 0.25MG	
79	AG. DESC. 30X8	
21011	AG. DESC. 40X12	
21018	AG. 13X3.5	
21000	AG. RAGUE DESC. Nº27	<i>01</i>
22118	ALCOOAO ORTOPED	
22046	ALCOOAO HIDROFL	
23178	ALCOOL 70%	
21002	APARELHO BARBEAR	
22437	ATAD. CREPE 15CM	
22451	ATAD. CREPE 15CM	<i>02</i>
22461	ATAD. CREPE 20CM	
22693	ATAD. GESSADA 10	
18	ATAD. GESSADA 15	
22823	ATAD. GESSADA 20	
479	BIC. DE SÓDIO	
496	BUSCOPAN	
56	BOLA DE ALCOOAO	<i>02</i>
24183	BORRACHA ASPIR.	
8115	CEDILARDE	
681	CL. DE SÓDIO	
670	CL. DE POTÁSSIO	
288	CAL. BOBADA	
22077	CATETER 62 OCULOS	
21252	CERA ÓSSEA	
21080	COLETORES SRS. FECH	
22932	COMP. GAZES	<i>40</i>
21096	COMP. CIRURGICA	<i>08</i>
24021	CATETER SUBCUT	
23553	CROMADO 0.5A	<i>01</i>
80148	CROMADO 2.0A	
23375	CROMADO 0.0A	
23378	CROMADO 1.0A	<i>02</i>
23378	CROMADO 2.0A	
23388	CROMADO 3.0A	
1037	DEXAMETAZONA	<i>01</i>
1180	DIPRONA 10	<i>01</i>
542	DIMORF 20MG	<i>01</i>
1364	DORMINDO 15MG	
56	DREN. SUÇÃO Nº 3-3	
22728	DREN. PENROSE	
61	DREN. SUÇÃO 4.4	
60	DREN. SUÇÃO 4.8	<i>01</i>

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
1394	SPORTIL	
887	ETER SULFURICO	
39	ETRUANE	
23403	ETHYBOND S	
55	BQ. INJ. MADR. PISORO	<i>01</i>
21076	EQ. ARTROSC. 9 VAS	
22828	ESPARAD. 4.5X10CM	<i>60cm</i>
22879	ESPARAD. ANT. ALAMCROPOSE	<i>04</i>
30124	ESCOVA MARCOONE	
80118	FIO KIRSCHNER Nº 1.0	
8089	FIO KIRSCHNER Nº 1.5	
43	FIO KIRSCHNER Nº 2.0	
45	FIO STEINMAN Nº 2.5	
46	FIO STEINMAN Nº 3.5	
48	FIO STEINMAN Nº 4.0	
1747	FENVERGAN	
317	FENTANIL 10 ML	
34	FORMOL 1 ML	
21	FRAXAPARINA	
22923	FADIA SMARICH	
2006	GARAMICINA 80MG	
2182	GLICOSE 20%	
2187	GLICOSE 50%	
2222	GLUC. DE CALCIO	
30122	GAZE FURACINADA	
15	GLUTARAL 10ML	
22006	GORRO DESCARTAVEL	<i>04</i>
2338	HEPATONA	
23	JELCO Nº 25	<i>01</i>
22057	JELCO 14	
25	JELCO 16	
22608	JELCO 18	
22013	JELCO 24	
2710	KANAKON	
2727	KEFUP	<i>02</i>
2728	KETALAR	
2803	LASIX	
22000	LUNA EST. Nº 7.5	<i>04</i>
22015	LUNA EST. Nº 8.0	<i>01</i>
23018	LUNA PROCEDIMENTO	<i>01</i>
20075	LAMINA BISTURI Nº 24	
22015	MALTIMA	
27	MARCAINA PES. 0.5	<i>01</i>
216	MARCAINA SOBARIÇA	
103	MARCAINA 0.5% SV	
30	MARCAINA 0.75% SV	
23002	MONOCIL 4.0	
23340	MONONYLON 3.0	<i>04</i>
23345	MONONYLON 3.0	
23428	MONONYLON 4.0	

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
23329	MONONYLON 5.0	
22020	MASC. DESCARTAVEL	<i>04</i>
3410	NARCAN	<i>100ml</i>
22314	POVID. DEGERM	
4144	PLASIL	
4080	PROSTIGMINE	
3081	PROFES	<i>04</i>
16	POLYDOT 0.5A	
17	POLYDOT 2.0 SA	
21189	PONTA SHAWER	
25514	POLYDOT 0.0A	
25518	POLYDOT 2.0 CA	
23518	PPOLYDOT 3 CA	
23430	PROLENE 0	
23521	PROLENE 2.0	
23523	PROLENE 4.0	
23530	PROLENE 8.0	
8137	QUELICIN 100MG	
8133	RINGER LACTATO 500	
387	MANIOL 20% 250	
4820	SOLUCORTER	
8123	S. FISOL. 0.9% 500	<i>03</i>
3036	S. FISOL. 0.9% 1000	
21125	SERINGA 100	
23131	SERINGA 300	<i>01</i>
23140	SERINGA 500	<i>02</i>
23158	SERINGA 1000	<i>01</i>
23165	SERINGA 2500	
22024	SIRECA URETRAL Nº 8	
21121	SONDA FOLLEY 2V Nº 14	
22035	SONDA FOLLEY 3V Nº 22	
22011	SCALP 18	
21065	SCALP Nº 21	
21068	SCALP Nº 23	
23381	SIMPLES 0.5A	
23386	SIMPLES 2.0 CA	
23382	SIMPLES 3.0 SA	
23387	SIMPLES 4.0 SA	
23395	SIMPLES 5.0 CA	
8127	SORO GLICOSE 0.9% 500	
195	TILATA 20MG / 40	
23352	TINTURA BENJOM	
8	TRACRUM 25MG	
1064	VALIUM 10MG	
647	XYLOCAINA GELIA	
738	XYLOCAINA 2% SV 20	
8140	XYLOCAINA SPRAY 10	
82088	AT. ALCOOAO 10 CC	
22100	AT. ALCOOAO 15 CC	

CÓD	SALA DE CIRURGIA	QUANT.	INICIO
	TAXA DE BISTURI ELETRICO	<i>X</i>	
	TAXA DE OXIGENIO	<i>X</i>	
	TAXA DE ASPIRADOR	<i>X</i>	
	TAXA DE FURADEIRA	<i>X</i>	
	TAXA CARDIOCOPIO	<i>X</i>	
	TAXA OXIMETRIA	<i>X</i>	
	TAXA DE INTENSIFICADOR	<i>X</i>	



SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juszeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613 - 8889/ 3613 - 8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971890/0001-20

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE : 293.162 - PRISCILA DA SILVA
Nº : 1.059.106

DATA ADMISSÃO : 28/05/2019

DATA ALTA: 30/05/2019

Hipótese Diagnóstica

FRATURA DE FEMUR

MEMBRO: () DIREITO (X) ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: () ABERTA (X) FECHADA

CID

S72.2

Tratamento/Evolução

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE FRATURA DE FEMUR COM FIXAÇÃO

Orientações

CURATIVO DE DOIS EM DOIS DIAS
RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

Encaminhamento

REVISÃO APÓS 30 DIAS, TERÇA-FEIRA A TARDE

Tempo de afastamento previsto

Dr. Erisvaldo Gonçalves Rodrigues
Ortopedista
CRM-PE 13.935-BA

Dr. ERISVALDO GONCALVES RODRIGUES
CRM 13.935-BA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

, PRISCILA DA SILVA, : DX from 29/05/2019



4cm

06-803.454/009
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019 18

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.066-010
RECIFE-PE

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

REGISTO Nº _____

Acirte Tereza do Silva, vítima de acidente de trânsito em Pôrto Alegre - PE, no dia 15/03/19. A mesma foi encaminhada pelo SAMU e foi conduzida para o HU com diagnósticos de fratura de fêmur esquerdo.

Se submetido a tratamento cirúrgico do fêmur.

O tel indica o tratamento de fisioterapia, por meio de exercícios regulares, movimentos regulares passivos realizados após o acidente. MMV: presc: contraturas musculares e queixo duro devido.

DATA: 13/04/19

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Izabela Gomes de Sá Medeiros =>
Fisioterapeuta
CREFITO 264926 F

ASSINATURA E CARIMBO

A menos obrigatório código de área
para o documento, em cada caso de
retornar o novo AVO's.
Por ter alto nível de qualidade
muito, pois de 85%
END: 572.3

Izabela Gomes de Sa Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Priscila da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 12706865-27 Data 05/09/2000

Nome PRISCILA DA SILVA

Sexo F

NASCIMENTO 18/08/1985

NATURALIDADE PETROLINA PE

CPF 087-8506 L-133 F-83V R-963137

Endereço

Assinatura

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Identificação

Nome

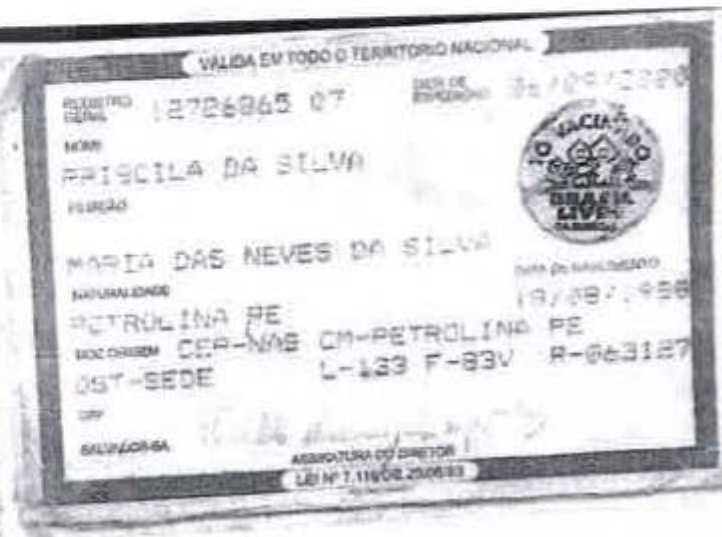
Nascimento

Assinatura

Endereço

CORREIOS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 JUN 2010
Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 17 SET 2011
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

074.997.694-29

Nome

PRISCILA DA SILVA

Nascimento

18/08/1988



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

NOME

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

3907844 SSP PE

CPF

772.869.954-72

DATA NASCIMENTO

09/02/1972

FILIAÇÃO

JOSE IBANEZ DE
CARVALHO

DALVA MARIA ALBUQUERQUE
E DE CARVALHO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

01697321358

VALIDADE

05/05/2021

1ª HABILITAÇÃO

26/09/1991

OBSERVAÇÕES

sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARUARU - PE

DATA EMISSÃO

06/05/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

56393324941

PE072598298

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

05.802.494/0001-47

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1223998555

PROIBIDO PLASTIFICAR
1223998555

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 ago 2019

Rua da Aurora, NR 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804181624
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 543742152
RUBRICAS: 2019

JOSE DE OLIVEIRA MENDES

PETROLINA-PE

135-339-404-20

9C2KC1670DR491792

ALCO/SEBOL

2012

2012

PRETA

1

2

3

22/02/19

AL. FID. BANCO HONDA 3A

PETROLINA-PE

25/04/19

RECEBEMOS CAXIEN NORRIS TEFILLO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAMPAIGNAIS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CATEGORIA A PERSONAS
TRANSPORTADORAS DE MÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014804181624 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE DE OLIVEIRA MENDES

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PETROLINA-PE

135-339-404-20

9C2KC1670DR491792

ALCO/SEBOL

2012

2012

PRETA

1

2

3

22/02/19

AL. FID. BANCO HONDA 3A

PETROLINA-PE

25/04/19

RECEBEMOS CAXIEN NORRIS TEFILLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE
Nº 014804181624
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 543749252
EXERCÍCIO 2019

JOSE DE OLIVEIRA MENDES

PETROLINA-PE

135.339.404-20
PLACA KI17127

9C2KXC1670DR491792

ALCO/5A901

HONDA/CG 150 FAN ESTI

2E/149CL
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRETA

1 IPVA 2019 QUITADO
VENIO/COFAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.32
PREMIO TOTAL (R\$) 22/02/19

AL. FID. BANCO HONDA SA

DATA 25/04/19

SEGUNDO ORIENTAMENTO DE DATOS PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PREÇOS DE ACORDO COM O PRECATORIO, SEGURO DPVAT

PE Nº 014804181624 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE DE OLIVEIRA MENDES

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

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

PETROLINA-PE
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 25/04/19

135.339.404-20
PLACA KI17127

9C2KXC1670DR491792

HONDA/CG 150 FAN ESTI

2013 09
ANO FAB. CAL. USE

36.05
PREMIO TARIFARIO

4.15
CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.32
CUSTO DO SEGURO (R\$)

84.50
TOTAL A PAGAR (R\$)

22/02/19
DATA DE COTAÇÃO

SEGURO DPVAT

DE SEGUROS

17 SET 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190535846 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
P 2/6/12/21/22

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 LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190535846 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
P 2/6/12/21/22

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 LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: PRISCILA DA SILVA

RG/CNH/CTPS: 127268507

CPF: 074.992.694-29

End: R. DEZESSETE Nº 170 - LOT. FERNANDO ITALINO BEZERRA.
PETROLINA - PE 56300-000

Outorgado: MARCUS AURÉLIO ALBUQUERQUE DE CARVALHO

RG/CNH/CTPS: 3907844

CPF: 722.869.954-72

End: RUA CONA FISTOLA - 226 - ANILIA PLANKA -
PETROLINA - PE 56330-035

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima:

PRISCILA DA SILVA - NATURAL DA ILHA DEZ
dat. acidente: 25/05/19

PETROLINA . 18 de JULHO de 2019

Priscila da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

1º SNP

05.802.494/000

TRAÇÃO CORRETO

DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIF-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276969/19

Vítima: PRISCILA DA SILVA

CPF: 074.997.694-29

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PRISCILA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PRISCILA DA SILVA : 074.997.694-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321721/19

Vítima: PRISCILA DA SILVA

CPF: 074.997.694-29

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PRISCILA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PRISCILA DA SILVA : 074.997.694-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190535846

Vítima: PRISCILA DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PRISCILA DA SILVA

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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190535846

Vítima: PRISCILA DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PRISCILA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: PRISCILA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000001478

Conta: 0000073074-8

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



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190535846

Vítima: PRISCILA DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PRISCILA DA SILVA

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

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 5120 8081

5067

VÁLIDO ATÉ
10/24

PRISCILA DA SILVA

2891 013 00067088-0



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Ago 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190476836** 3 - CPF da vítima: **074997694-29** 4 - Nome completo da vítima: **PRISCILA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **PRISCILA DA SILVA** 6 - CPF: **074997694-29**

7 - Profissão: **AUX ADM** 8 - Endereço: **RUA DEZE SETE - LOT. IDALINO BEZERRA** 9 - Número: **140** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **SPACINO BEZERRA** 12 - Cidade: **PETROLINA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56300-000**

15 - E-mail: **(80) 995024368**

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:

☒ RECLUSO 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: **1478** CONTA: **73074/5008**
(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 LIDER 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (m/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

PETROLINA, 17 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0304002610

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/07/2019 às 11:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/5/2019 às 18:15

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ALTO CHEIROSO (BAIRRO), 1, AV. DA INTEGRAÇÃO, PRÓXIMO AO SUPERMERCADOS BONUS - Bairro: ALTO CHEIROSO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE NILTON DE SOUZA SANTOS (AUTOR / AGENTE)
JOSE DE OLIVEIRA MENDES (OUTRO)
JOSE PAULO DA PURIFICAÇÃO COELHO ME (OUTRO)
PRISCILA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE NILTON DE SOUZA SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PRISCILA DA SILVA

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

PRISCILA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 15/8/1988 Naturalidade: PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1272886507/SSP/BA (RG), 07499769429 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: AUXILIAN DE ESCRITORIO Telefones Celulares: - 57558194053

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional) IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 170, RUA DEZESSETE, 170, IDALINO BEZERRA - CEP: 0 - Bairro: FERNANDO IDALINO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE NILTON DE SOUZA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 11/6/1970 Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 74803336415 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Endereço Residencial: BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 405, RUA CINCO - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE DE OLIVEIRA MENDES - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

05.07.2019/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, 111 175-34 902-51
Boa Vista - CEP: 55060-010
RECIFE-PE
18/07/2019 11:18

JOSE PAULO DA PURIFICACAO COELHO ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE DE OLIVEIRA MENDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PRISCILA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **KH7127** (PERNAMBUCO/PETROLINA) Chassi: **9C2KC1670DR491792**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOL/GNV**
Descrição: **HONDA/CG 150 FAN ESI**

AUTOMÓVEL FIAT (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE PAULO DA PURIFICACAO COELHO ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE NILTON DE SOUZA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/STRADA WORKING** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PFL1225** (PERNAMBUCO/PETROLINA) Chassi: **9BD27804MC7432469**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOL/GNV**
Descrição: **FIAT/STRADA WORKING CD**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A SRTA. PRISCILA DA SILVA QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO, QUANDO PILOTAVA A MOTO TAMBÉM ACIMA DESCRITA PELA AV. DA INTEGRAÇÃO, NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO ALTO CHEIROSO, O SR. JOSE NILTON QUE GUIAVA O VEÍCULO FIAT STRADA COLIDIU DE FRENTE COM A QUEIXOSA, TENDO A QUEIXOSA JOGADA AO CHÃO, KAZÃO PELA QUAL SOFREU NAQUELE MOMENTO VÁRIAS ESCORIAÇÕES TENDO SIDO LEVADA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE POR EQUIPES DO SAMU, CONFORME O PRONTUÁRIO MÉDICO N° 50370873, ASSINADO PELO DR. GUSTAVO G. MARQUES. NADA MAIS RELATOU.

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

Priscila da Silva
PRISCILA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

18/07/2019 11:18



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declaração (se) tipo(s) de cobertura: ☐ OMNI (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro no ADI: 3 - CPF do Vítima: 024 997 694 29 Nome completo do Vítima: PRISCILA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE JORNADA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: PRISCILA DA SILVA 6 - CPF: 024 997 694 29
7 - Profissão: AUX. ADM. 8 - Endereço: RUA BEZERRA - LOT. FERNANDO JOAQUIM BEZERRA 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: JOAQUIM BEZERRA 12 - Cidade: PETROLINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56300-000
15 - E-mail: 16 - TM (DDD): (81) 995024368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - JORNADA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO DE PAGAR ☐ 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

31 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INSTITUIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INSTITUIÇÃO (PAI, TUTOR, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRA (Banco para poupar em dinheiro. Análise mais cuidadosa) ☐ CONTA CORRENTE (Banco para gastar)
☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (344) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (107)

AGÊNCIA: 2991 CONTA: 67086 AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a consultar em todas as fontes de informação, de minha titularidade, o valor da indenização/devidido do Seguro DPVAT a que eu estou direito, compreendendo o direito, desde já e somente após a solicitação 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 respondendo sobre a apresentação à Junta de Instrução Médica Legal (JML) para os fins de reconhecimento da invalidez do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Fico muito consciente e sou responsável de assinar o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, e, portanto, desde já, eu me submeto à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões, perícias médicas de acidente de trânsito, conforme Lei 6.191/76, art. 3º, §1º, declarando que esta notificação não significa prévia concessão ou não de futura indenização médica ou financeira ao direito da vítima ou de terceiros, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE CÍRCULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do Vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito do Vítima:

25 - Guarda Paciente com Vítima: 26 - Vítima deixou dependência(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou dependência(s), informe o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se filhos vivos, informe Vítima: ☐ Solteiros ☐ Casados 30 - Vítima tem filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se filhos vivos, informe Vítima: ☐ Solteiros ☐ Casados 33 - Vítima deixou filhos falecidos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso decidir, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias 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 - Vítima tem filhos?

35 - Nome legal de quem assina a seguinte página

36 - CPF legal de quem assina a seguinte página

37 - (*) Assinatura do quem assina a seguinte página

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
Assinatura de TRACÃO CORRETORA

13 ABR 2019

Assinatura de TRACÃO CORRETORA Nº 175, SL 902 BL C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010

01 - Local e Data: PETROLINA, 17 de JULHO de 2019

Priscila da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

RECIBO
Assinatura de TRACÃO CORRETORA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declaração (se) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro no ADI: 3 - CPF do Vítima: 024 997 694 29 Nome completo do Vítima: PRISCILA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE JORNADA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: PRISCILA DA SILVA 6 - CPF: 024 997 694 29
7 - Profissão: AUX. ADM. 8 - Endereço: RUA BEZERRA - LOT. FERNANDO JOAQUIM BEZERRA 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: JOAQUIM BEZERRA 12 - Cidade: PETROLINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56300-000
15 - E-mail: 16 - TM (DDD): (81) 995024368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - JORNADA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO DE ORÇAM. ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

31 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INSTITUIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INSTITUIÇÃO (PAI, TUTOR, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMANÇA (Banco para poupar em dinheiro. Não pode sacar o dinheiro) ☐ CONTA CORRENTE (Banco para sacar o dinheiro)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (344) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (201) ☒ Caixa Econômica Federal (107)

AGÊNCIA: 2991 CONTA: 67086 AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a consultar em todas as fontes de informação, de minha titularidade, o valor da indenização/devididade do Seguro DPVAT a que eu estou direito, compreendendo o direito, desde já e somente após a solicitação 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 respondendo sobre a apresentação à Junta de Instrução Médica Legal (JML) para os fins de reconhecimento da invalidez do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Fico muito consciente e sou capaz de entender o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, e, portanto, desde já, eu me submeto à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, ocorrido em 14/6/1976, mt. 30, 57%, declarando que esta avaliação não significa prévia concessão total e futura avaliação médica ou revisão ao longo da existência, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE BENS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do Vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito do Vítima:

25 - Guarda Paciente com Vítima: 26 - Vítima deixou dependência(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a Vítima deixou dependência(s), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se filhos vivos, informar Vítima: ☐ Solteiros ☐ Casados 30 - Vítima tem filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se filhos vivos, informar Vítima: ☐ Solteiros ☐ Casados 33 - Vítima deixou filhos falecidos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso decidir, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias 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 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 35 - Nome legal de quem assina a seguinte página:

36 - CPF legal de quem assina a seguinte página:

37 - (*) Assinatura do quem assina a seguinte página:

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
Assinatura de TRACÃO CORRETORA

13 ABR 2019

Assinatura de TRACÃO CORRETORA Nº 175, SL 902 BL C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010

40 - Local e Data: PETROLINA, 17 DE JULHO DE 2019

Priscila da Silva

41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (Declaração)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190476836** 3 - CPF da vítima: **074997694-29** 4 - Nome completo da vítima: **PRISCILA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **PRISCILA DA SILVA** 6 - CPF: **074997694-29**

7 - Profissão: **AUX ADM** 8 - Endereço: **RUA DEZE SETE - LOT. IDALINO BEZERRA** 9 - Número: **140** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **SPACINO BEZERRA** 12 - Cidade: **PETROLINA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56300-000**

15 - E-mail: **(80) 995024368**

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:

☒ RECLUSO 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: **1478** CONTA: **73074/5008**
(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 LIDER 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

PETROLINA, 17 de Setembro de 2019
Priscila da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PETROLINA



SAMU
192



CERTIDÃO Nº 120/2019

Certificamos para os devidos fins que no dia 25 de Maio de 2019 às 18h:16 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a Priscila da Silva vítima de acidente Moto Ciclistico (Colisão) Moto x Carro na Av. da Integração em Petrolina - PE. Conforme ocorrência de Nº 5.848/2019. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao Hospital Universitário ficando aos cuidados da Enf. Camila da Silva.

Petrolina-PE, 16 de Julho de 2019



Debora Veloso
Assist. Administrativo
Santa Petrolina-PE

Debora Rangel Veloso

Resp. Estatística - SAMU

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 H. C.
Boa Vista CEP: 55.050-010
RECIFE-PE



PETROLINA



SAMU
192

Cristiane Nunes

Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº 120/2019

Certificamos para os devidos fins que no dia 25 de Maio de 2019 às 18:h:16 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a Priscila da Silva vítima de acidente Moto Ciclistico (Colisão) Moto x Carro na Av. da Integração em Petrolina - PE. Conforme ocorrência de Nº 5.848/2019. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao Hospital Universitário ficando aos cuidados da Enf. Camila da Silva.

Petrolina-PE, 16 de Julho de 2019



Debora Veloso
Assist. Administrativo
SAMU Petrolina-PE

Debora Rangel Veloso

Resp. Estatística - SAMU

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PRISCILA DA SILVA

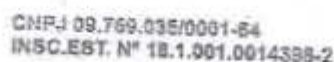
BANCO: 341

AGÊNCIA: 01478

CONTA: 000000073074-8

Autenticação:

72E670988E9C579237357FF19CCD1D0FA604BFB29B8B1087167013A611C99902



ATENÇÃO: NIA SIAMATIA - NIA - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE-56304-440

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 18660814 - 04/2019									
SEBASTIAO CARLOS HANGABEIRA FERREIRA		RUA CANAFISTULA, N. 00226 - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633									
0-035		INSCRIÇÃO: 111.840.329 CNPJ: 000 GRUPO: 18 DER. AUTOMATICO: 018660814									
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	PÚBLICA								
LIGADO	LIGADO	1									
HIDRÔMETRO	DATA LEI. ANTERIOR	DATA LEI. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)								
A131157042	14/05/2019	13/06/2019	REAL / N MEDIDO								
ÁGUA: LEIT ANT: 2527 CONSUMO: 37 LEIT ATU: 2564 LEIT FAT: 2564		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 37 LEIT ATU: LEIT FAT:									
HISTÓRICO DE CONSUMO											
REFERÊNCIA CONSUMO											
04/2019	31 / 37										
03/2019	30 / 36										
02/2019	32 / 32										
01/2019	25 / 25										
12/2018	33 / 33										
11/2018	29 / 29										
MEDIA:	30 / 30										
		Qualidade de Água: www.compsa.com.br									
OBS: (1) COLIFORMES TOTAIS ABSENÇA 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) 300 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) 300 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA											
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)								
ÁGUA											
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)											
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE		10 M3	41,30								
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		10 M3	47,40								
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,61 POR M3		10 M3	56,50								
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,25 POR M3		7 M3	54,25								
ESGOTO 30,00 % DO VALOR DE ÁGUA											
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)											
ATE 10 M3 - R\$ 33,04 POR UNIDADE		10 M3	33,04								
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,79 POR M3		10 M3	37,92								
21 M3 A 30 M3 - R\$ 4,50 POR M3		10 M3	45,04								
31 M3 A 50 M3 - R\$ 6,20 POR M3		7 M3	43,40								
<table border="1"> <tr> <td>VALOR TOTAL</td> <td>358,65</td> <td>1,05</td> <td>5,92</td> </tr> <tr> <td></td> <td>358,65</td> <td>7,60</td> <td>27,26</td> </tr> </table>				VALOR TOTAL	358,65	1,05	5,92		358,65	7,60	27,26
VALOR TOTAL	358,65	1,05	5,92								
	358,65	7,60	27,26								

VENCIMENTO: 05/07/2019

TOTAL A PAGAR: 358,65

MESSAGEN:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - NUN. - 01070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440
DADOS DO CLIENTE
ROZENALDO FERREIRA DE CARVALHO MATRÍCULA: **18758300** Mai/2019
R DEZESSETE, N. 170 - LOT FERNANDO I. BEZERRA - FERNANDO IDALIN
O BEZERRA PETROLINA PE 56300-000
INSCRIÇÃO: 111.827.186.0004 - GRUPO: 4 DEB. AUTOMÁTICO: 018758300

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12B192403	DATA LEIT ANTERIOR 27/04/2019	DATA LEIT ATUAL 27/05/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 994 **CONSUMO: 12**
LEIT ATU: 1006
LEIT FAT: 1006
HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO
4/2019 11
8/2019 13
12/2019 12
1/2019 11
2/2018 11
1/2018 11
MÉDIA: 12

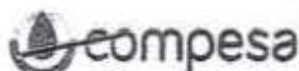
PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT Nº 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDI A LEGI
TURBIDEZ	130	130	128
COR APARENTE	130	130	125
CLORO RESIDUAL	130	130	130
COLIF. TOTAIS	130	130	125
E. COLI	130	130	130

 Qualidade de Água: www.compesa.com.br
BS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3	9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,92

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 SET 2019

 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - MUN. - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 18660814 Mai/2019	
SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA		R DA CANAFISTULA, N. 00226 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633	
0-035		INSCRIÇÃO: 111.860.334.0010.480 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 018660814	
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11U157642	DATA LEIT. ANTERIOR 14/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 13/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO

ÁGUA:
LEIT ANT: 2527 CONSUMO: 37
LEIT ATU: 2564
LEIT FAT: 2564

ESGOTO:
LEIT ANT: VOLUME: 37
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019 27 / 27
03/2019 36 / 36
02/2019 32 / 32
01/2019 25 / 25
12/2018 33 / 33
11/2018 29 / 29
MÉDIA: 30 / 30

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LEGI
TURBIDEZ	130	130	128
COR APARENTE	130	130	125
CLORO RESIDUAL	130	130	130
COLIF. TOTAIS	130	130	125
E. COLI	130	130	130

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	10 M3	47,40
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3	10 M3	56,30
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3	7 M3	54,25

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 33,04 POR UNIDADE	10 M3	33,04
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,79 POR M3	10 M3	37,92
21 M3 A 30 M3 - R\$ 4,50 POR M3	10 M3	45,04
31 M3 A 50 M3 - R\$ 6,20 POR M3	7 M3	43,40

QUANTIDADE	BASE DE CÁLCULO	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	VALOR DO IMPOSTO
10 M3	358,65	1,65	5,92
7 M3	358,65	7,60	27,26

VENCIMENTO: 05/07/2019

TOTAL A PAGAR: 358,65

MENSAGEM:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINALASPK7TIFD=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS ANTONIO ALBUQUERQUE DE CAVALHO

Inscrito(a) no CPF/CNPJ 772.869.954 / 72, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

PRISCILA DA SILVA inscrito(a) no CPF sob o nº 044.997.694 / 29

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PRISCILA DA SILVA

Inscrito(a) no CPF sob o nº 044.997.694 / 29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA CAVALHEIRO</u>	Número: <u>216</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ARMA BRANCA</u>	Cidade: <u>PETROLINA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56330-035</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 995024368</u>

Local e Data: PETROLINA 30 de JULHO de 2019


Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13/07/2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1598 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-91-55

Eu, JOSE DE OLIVEIRA MENDES

RG nº 1.152.358, data de expedição 01/04/2008

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 135.339.404-20

com domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. DR. MANO LUIZ, nº 140

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

PRISCILA DA SILVA, cujo o condutor era

PRISCILA DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN Ano: 2013/2013

Placa: KII 7127 Chassi: 9C2K61670DR491792

Data do Acidente: 25/05/2019

Local e Data: PETROLINA, 19 de JULHO de 2019

JOSE DE OLIVEIRA MENDES

Assinatura do Declarante

1ª SNP

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

DELEGACIA SEXVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA

comissão por Autenticidade

Firma de: JOSE DE OLIVEIRA MENDES Petrolina, 19/07/2019. Em
testemunho: Catrine Veridade Atendentes: Gustavo da Silva
RG: RS 940, FIRM: RS 001, FUNSEG: RS 001 Total: 4,91

Id: 0159508 CGED7201803.06256

Consulte e valide a autenticidade em:



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Rua da Aurora, 147-175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSE DE OLIVEIRA MENDES
RG nº 1.152.358, data de expedição 01/07/2008
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 125.339.404-20,
com domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. DR. MANO MELLO, nº 110,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
PRISCILA DA SILVA, cujo o condutor era
PRISCILA DA SILVA.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HOVA CG 150 FAN Ano: 2013/2013
Placa: KII7127 Chassi: 9C2KC1670DR491792
Data do Acidente: 25/05/2019

Local e Data: PETROLINA, 19 de JULHO de 2019

JOSE DE OLIVEIRA MENDES.
Assinatura do Declarante

1ª SNP

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
RUA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Ficha de Atendimento - Emergência **Not. AT**

DADOS DO PACIENTE

Fronteúdo: 50370873

Paciente: PRICILA DA SILVA

Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA

Endereço: RUA17, nº 170 - IDALINO BEZERRA / PETROLINA (PE)

CNS:

Doc. Identificação:

Telefone: (87) 88194083

Nasc.: 18/08/1988 Idade: 30

ANAMNESE DO MÉDICO

1. CIRURGIÃO GERAL - 25/05/19

Paciente vítima de colisão moto-carro há cerca de uma hora. Nega perda de consciência ou vômitos, queixando-se apenas de dor em coxa esquerda.

Ao exame, EGB, consciente e orientada, eupneica.

A - Vias aéreas pervias; em uso de colar cervical.

B - eupneica; MV+ em AHTX, sem RA.

C - hemodinamicamente estável, FC=68 bpm

D - ECG=15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E = membro inferior esquerdo imobilizado, com dor à palpação de joelho e coxa esquerda; presença de escoriações em mmss direito e tórax direito; sem sinais de irritação peritoneal.

#HD: 1) Trauma em mmss direito por colisão

#CD: 1) Solicito radiografia de coxa esquerda AP e perfil e joelho esquerdo AP e perfil.

2) Avaliação da ortopedia.

3) Alta da cirurgia geral.

#1 Gustavo G. MarquesGustavo G. Marques
Cir. Geral e Viro. Hospital
CRM-PE 2155Michele Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUNASF/EBSERH
CRM-PE 2559Fratura de fêmur (E) tipo 2
de modo fechado. CD: internar para a cirurgia05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 de Maio

JIANCA ZAMBUZZI MELONI
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 2155HUNASF
25/05/2019

Ass. Paciente:

Rua 02 Aurora, nº 175, SL 502 BL. C
Bom Jardim - CEP 55.060-010

Saída: ___/___/___ Hora: ___:___

Data de Impressão: 25/05/2019

Hora: 18:58

HU, preserve-o, ele também é seu.

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome:	PRISCILA DA SILVA	Chegada:	25/05/2019 18.49.02
Sexo:	FEMININO	Idade:	30
Transporte:	SAMU	Data de Nascimento:	18/08/1988

Classificação de Risco

Queixa Principal: Vítima de colisão moto-carro apresentando escoriações em tórax; algia em MIE;

Fluxograma: QUEDA Discriminador: DOR LEVE RECENTE

Parâmetros:	Glicemia Capilar	123	Escala de Coma de Glasgow:		15
	Pulso	83	Ritmo:		Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:	3	PA

Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	☒	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
---------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--	--------

Fluxo Interno: Cirurgião

Classificador:	CAMILA DA SILVA CARVALHO	COREN / CRM:	390002	Hora de Início CR:	25/05/2019 18.53.14	Hora de Fim CR:	25/05/2019 18.55.05
----------------	--------------------------	--------------	--------	--------------------	---------------------	-----------------	---------------------

Reclassificação

Queixa Principal:

Fluxograma: Discriminado:

Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		PA

Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
---------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------

Fluxo Interno:

Classificador:		COREN / CRM:		Hora de Início CR:		Hora de Fim CR:	
----------------	--	--------------	--	--------------------	--	-----------------	--

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Jun 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / ESSERH
SUAPR 210.2009

HU-UNIVASF
16-05-2019

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Marcelo Mado

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PRICILA DA SILVA

8 - CNS

9 - RG

10 - CPF

11 - NASCIMENTO

18/08/1986

12 - SEXO

F

6 - ACOMPAANHANTE

X

7 - PRONTUÁRIO

50370873

13 - RAÇA/COR

PARDA

14 - REGULÁVEL

SIM

16 - TELEFONE DE CONTATO

(67) 85194083

18 - TELEFONE DE CONTATO

(67) 85194083

19 - TELEFONE DE CONTATO

(67) 85194083

20 - ENDEREÇO

RUA 17, nº 170 - IDALINO BEZERRA

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

22 - CÓDIGO

2811101

23 - UF

PE

24 - CEP

56309

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fratura de fêmur esquerdo apos queda de moto hoje

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

historia clinica + exame fisico + rx

Michellia Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF - JEBSEH
SIAPE - 10.000

27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

tratamento cirurgico

TRACAO COASTAL
DE SEGUROS LULA
13/05/2019
Rua da Aurora, nº 173, SL 902 BL. C
Vista - CEP 50.060-010
35141-PE

UNIVASF
16/05/2019

030701.0018

1022

Dr. BIANCA ZAMBUZZI MELONI
MÉDICA - ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
FONE 2021 2021/2022/2023/2024/2025

29 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

29 - CID 10 PRINCIPAL

S72.3

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

34 - CLÍNICA

35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE

8383163444

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

BIANCA ZAMBUZZI MELONI

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/05/2019

40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

23042PE/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - CNPJ DA SEGURADORA

45 - N. BILHETE

46 - SÉRIE

47 - CNPJ EMPRESA

48 - CNIE EMPRESA

49 - CBOE

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

52 - CÓD. ORÇÃO

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2021 910638 468-6

CNS 205701-104-34
CPF 279.511.22-PE
CRM 111111

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2358351 Abertura: 26/05/2019 17:23
Paciente: PRICILA DA SILVA - Idade: 31a. - Sexo: Feminino

Central, Reg.: CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL DE LETO Unid. Origem: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA - PE
Município: Petrolina

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - MMII

Justificativa da Transferência: SUPERLOTAÇÃO NA UNIDADE HOSPITALAR.

Complemento da Solicitação: SOLICITO REGULAÇÃO, DEVIDO A SUPERLOTAÇÃO NA UNIDADE HOSPITALAR. (Joselita Juliana da Silva Santos - 26/05/2019 17:23:29)

Resumo Clínico: ***** RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO.

- LISTA DE PROBLEMAS:

TRATAMENTO CIRÚRGICO - Nível - Susp. Diag: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

- EVOLUÇÃO: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE E ORIENTADA, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

- DADOS VITAIS:

FC: 98

FR: 18

PR: 120

PAC: 60

TEMPERATURA: 36,3

- MAIS INFORMAÇÕES:

SUP. VENT: Ar Ambiente

GLASGOW: 15

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASODILATADORAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIÉMBÓLICOS

Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO LAUDO DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardi: Sem Exame

RX FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

MÉDICO RESPONSÁVEL: HUMBERTO ARTUR SILVA SANTOS - N° Cons: 19976 / CREMEPE

Informado por Joselita Juliana da Silva Santos - HU em 26/05/2019 17:23:31

Hipótese do Diagnóstico (CID)

S72.3 FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Encaminhamento

26/05/2019 16:43

SOTE - JUAZEIRO - BA

Prof. Reg.: ROGERIO CASSIO LEAL RODRIGUES

Regulatividade: Atendida

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - MMII

Ambulância:

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

13/06/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SESAB
SUSSECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO A BAMA
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

REL - PAC1064

Nº Guia: 1.059.108

Data de Emissão: 28/05/2019

Hora de Emissão: 18:38

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome do Estabelecimento Solicitante	CNS
SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	2423960
Nome do Estabelecimento Solicitante	CNS
SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	2423960

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	Nº Prontuário
PRISCILA DA SILVA	293.162
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Cidade de Nascimento
18/08/1988	
Sexo	Posto para Crianças
Masculino ☐ Feminino ☒	Sim ☐ Não ☐
Nome da Mãe	Nome do Responsável
MARIA DAS NEVES DA SILVA	MARIA DAS NEVES DA SILVA CARVALHO
Endereço da Residência	UF
PETROLINA	PE
Endereço Tradicional (Rua, Alameda, etc.)	Código BGE de Unidades
RUA 17,	261110
Município de Residência	UF
PETROLINA	PE
Código BGE de Unidades	CEP
261110	56.300-000
Nome do Paciente	CPF
PRISCILA DA SILVA	1272886507

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estabelecimento	Nº Cartão de Especialista	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
ROBERTO BASTOS DE ALENCAR	03586388568	Lucio B. Alencar Tratamento 510 / 4087-PE 11.05.2019

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Fratura no HA 3da

Doa - Depressão

Fratura distal da

Fratura

Condições que justificam a internação

ANOMALIA

Principais Resultados de Exames Complementares (resultados de Exames Realizados)

Mostra

Diagnóstico Clínico

574-5728

Diagnóstico de Procedimento Solicitado

407030519

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS

Código de Classificação da Internação

UE

Equipamentos necessários para a internação

Prontuário

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante	ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
DOCUMENTO	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
CNS	034.737.125-04
CPF	03586388568
Data de Solicitação	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante
28/05/19	Lucio B. Alencar 510 / 4087-PE 11.05.2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AC DE TRÁFICO	CNPJ da Seguradora	Número do Seguro	Seguro
AC DE TRABALHO	CNPJ da Empresa	CNPJ da Empresa	CEP
AC DE TRÁFICO			
Validade com a Previdência	Exigível	Exigível	

Nome do Profissional Solicitante	Nº do CNS/CPF Profissional Solicitante
DOCUMENTO	Código do Cópia Emitido
CNS	M201840701
CPF	Ass. De Autorização/Carimbo
Data de Solicitação	
28/05/19	

Assinatura - Trazer os carimbos para o procedimento solicitado

SESAB

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000
Boa Vista - CEP 50.000-000
RECIFE-PE

241910643277-0

05.802.494/0001-41
TRACAP CORRETORA
DE SEGUROS LTDALAUDO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAPHISE
6/2019 08:42:40
SA CASTANHEIRA TOLEDO PIZA VIANA
11/10

FOLHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 293.162 - PRISCILA DA SILVA
DT Nasc : 15/08/1988 Idade : 30a 9m 10d Sexo : F Profissão :
Est Civil : SOLTEIRO RG : 1272685507
Pat : NAO DECLARADO
Mãe : MARIA DAS NEVES DA SILVA
Endereço : RUA 17, IDALINO BEZERRA PETROLINA-PE
Telefone : (074) CEP : 55.300-000

INTERNAMENTO

Convenio : SESAB Usuário : ALEXSANDRO JR
Médico Responsável : ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO CRM : 14.424-BA
Pessoa Responsável : MARIA DAS NEVES DA SILVA CARVALHO RG : 3171267
Dependência : ENFERMARIA 2-2 Entrada : 28/05/2019 19:32:59
Dias Autorizados : 03 Ats :
Observação : Acidente de Moto há 04 dias
Proc Principal : 03 CORRECAO CIRURGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS
Matrícula : 0 CNS :

Observação :

EXAMES CLÍNICOS

Acuidade dos 11 A 3a

Rt do Fm E

Fm do 11 A 3a

Anam e Cade

Mt de 11 A 3a + 11 A 3a

CIP 5724

Ass. Residente *[assinatura]*

Diagnóstico Provisório : Fm do Fm E

Diagnóstico Definitivo :

Alta Hospitalar em : 10/19

Ass. Médico Assintoma

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613 - 8889 / 3613 - 8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971890/0001-20

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: 293.162 - PRISCILA DA SILVA

Nº GUIA: 1.059.108

CIRURGIÃO: Dr ERISVALDO GONÇALVES RODRIGUES

ANESTESISTA: () DR. CARLOS ALENCAR () DR. EDUARDO BORGES () DR. RICARDO VIEIRA (X) DR. MATEUS BISSOLI

DATA DA CIRURGIA: 29/05/2019

ANESTESIA/INICIO: 09:40 TERMINO: 10:40

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR

INTERVENÇÃO

0406050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR

MEMBRO: () DIREITO (X) ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: () ABERTA (X) FECHADA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB ANESTESIA
- 2) ASEPSIA + ANTISSEPSE
- 3) APOSIÇÃO DOS CAMPOS
- 4) ACESSO LATERAL EM PONTE COM 2 INCISÕES
- 5) PASSAGEM DE PLACA COMPRESSÃO DINÂMICA ANGULADA RENTE AO FÊMUR, REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR, FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAL E DISTAL
- 6) IRRIGAÇÃO COM SL DE SF 0,9%
- 7) SUTURA POR PLANOS SOB DRENO COM 2 VYCRIL 2.0, 03 NYLON 5 2.0
- 8) CURATIVO

MATERIAL DE OPME

- () 0702030326 - FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO
- () 0702030384 - FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR
- () 0702030392 - FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO
- () 0702030408 - FIXADOR EXTERNO LINEAR
- () 0702030490 - HASTE FEMORAL LONGA C/ BLOQUEIO CEFÁLICO (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702030511 - HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702030548 - HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL P/ USO INFANTIL
- () 0702030554 - HASTE INTRAMEDULAR NÃO BLOQUEADA
- () 0702030562 - HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702030805 - PINO DE SHANTZ
- (X) 0702030910 - PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)
- () 0702031062 - PLACA PONTE 4,5 M

OUTROS NÃO COMPATÍVEIS/JUSTIFICATIVA:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Jun 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr ERISVALDO GONÇALVES RODRIGUES
CRM 13.935-BA



HOSPITAL SOTE		EMITENTE <i>Carcel</i>	
REGISTRO <i>793.162</i>	PACIENTE <i>Priscila da Silva</i>		
UNIDADE	DATA <i>1 / 1</i>	HORA:	CONVÊNIO

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
20	ADALAT	
76	ADRENALINA	
135	ÁGUA DEST. 10 ML	
155	ÁGUA OXIGENADA	
22288	ALCOOL IODADO	30 ml
293	AMINOPLINA	
390	AMPLICILINA 1g	
469	ATROPINA 0.25MG	
78	AG.DESC. 30X3	
21011	AG.DESC.40X12	
21016	AG. 15X3.5	
21000	AGUACUO DEBO Nº27	01
22119	ALGODÃO ORTOPED	
22048	ALGODÃO HIDROFIL	
22178	ALCOOL 70%	
21002	APARELHO BARBEAR	
22437	ATAD. CREPE 10CM	
22459	ATAD. CREPE 15CM	02
22461	ATAD. CREPE 25CM	
22503	ATAD. GESSADA 10	
18	ATAD. GESSADA 18	
22023	ATAD. GESSADA 20	
479	BL. DE BÓLIO	
499	BUSCOFAN	
80	BOLA DE ALGODÃO	02
24183	BORRACHA ASPH.	
6115	CECILANDE	
691	CL. DE BÓLIO	
870	CL. DE POTÁSSIO	
299	CAL SODADA	
23077	CATETER DE ÓCULO	
21282	CERA DENT	
21069	COLETOR SIS. FECH	
22932	COMPR. GAZES	08
21069	COMPR. CIRÚRGICA	08
34021	CATETER SUBCLOVI	
23353	CROMADO 8 SA	01
80145	CROMADO 2 OSA	
23375	CROMADO 0 CA	04
23376	CROMADO 1 CA	
23378	CROMADO 2.0 CA	
23386	CROMADO 3.0 CA	
1027	DEXAMETAZONA	01
1190	DIPRONA 1g	02
543	DIAFORS 2MG	02
1304	DORWOND 15MG	
58	DRENO SUÇÃO Nº 3-2	
22738	DRENO PENROSE	
61	DRENO SUÇÃO -6.4	
60	DRENO SUÇÃO -4.8	01

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
1394	EFORTIL	
687	ETER SULFÚRICO	
28	ETRANE	
33485	ETHESOND 5	
55	EQ. INJ.MACR. PEGRO	01
21075	EQ. ARTROSC. 3 VIAS	
22028	ESPVRAD. 4.5X19PCM	600uc
22079	ESPARADANTAL-MICROPOSE	
20124	ESCOVA MARCOVINE	04
80119	FIO KIRSCHNER Nº 1.0	
8004	FIO KIRSCHNER Nº 1.5	
43	FIO KIRSCHNER Nº 2.0	
45	FIO STEINMAN Nº 2.5	
46	FIO STEINMAN Nº 3.5	
48	FIO STEINMAN Nº 4.0	
1767	FENERGAN	
217	FENTANIL 10 ML	
34	FOTIMOL / ML	
21	FRANPARINA	
22925	FACA SIMPSON	
2034	GABAPENTINA 60MG	
2183	GLUCOSE 25%	
2187	GLUCOSE 50%	
2222	GLUC. DE CÁLCIO	
30123	GAZE FURACINADA	
18	GLUTARIL PML	
22006	GORRO DESCARTAVEL	04
2335	HEPARINA	
29	JELCO Nº 20	01
22007	JELCO 14	
25	JELCO 18	
22009	JELCO 1E	
22013	JELCO 24	
2210	MANUSION	
2727	KEFLIN	02
2785	KETALAR	
2803	LAER	
23000	LAVA BST. Nº 7.5	
23015	LAVA BST. Nº 6.0	04
23016	LAVA-PROCEDIMENTO	04
23015	LAMINA BISTURI Nº 24	01
23015	MULTIVA	01
37	MARCAINA PES. 0.5	
715	MARCAINA ISOBARICA	
103	MARCAINA 0.5% BV	
30	MARCAINA 0.75% BV	
23022	MONOCIL 4.0	
23040	MONONYLON 2.0	04
23045	MONONYLON 3.0	
23048	MONONYLON 4.0	

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
23329	MONONYLON 5.0	04
22020	MASC. DESCARTAVEL	
3413	NARCAN	100ml
22314	POVID. DEBREM	
4144	PLASIL	
4363	PROCTOGUMINE	
3061	PROPER	04
15	POLYDOT 0 SA	
17	POLYDOT 2.0 SA	
21188	PONTA-SHAVER	
22814	POLYDOT 0 CA	
22818	POLYDOT 2.0 CA	
23512	POLYDOT 3 CA	
23433	PROLENE 0	
21321	PROLENE 3.0	
23523	PROLENE 4.0	
21530	PROLENE 5.0	
6137	QUELON 100MG	
6133	RINGER LACTATO 800	
387	MANITOL 20% 250	
4820	SOLUCORTEF	03
6123	S. FISOL. 0.5% 500	
6038	S. FISOL. 0.5% 1000	
22123	SERINGA 1CC	
22131	SERINGA 3CC	01
22140	SERINGA 5CC	02
22158	SERINGA 10CC	01
22166	SERINGA 20CC	
22025	BONDA URETRAL Nº 8	
21121	BONDA FOLLEY 2V Nº 14	
22036	BONDA FOLLEY 3V Nº 22	
22011	SCALP 18	
21089	SCALP Nº 21	
21088	SCALP Nº 23	
23361	SIMPLES 0 SA	
23369	SIMPLES 2.0 CA	
23382	SIMPLES 3.0 SA	
23382	SIMPLES 4.0 SA	
23396	SIMPLES 0 CA	
6127	SORO GLUCOSE 0.5% 500	
195	TRATIL 30MG / 40	
22386	TINTURA BENZOIM	
8	TRACRAM 25MG	
1054	VALIUM 10MG	
647	XYLOCAINA GELIA	
738	XYLOCAINA 2% BV 20	
6140	XYLOCAINA SPRAY 10	
22088	AT. ALGODÃO 10 CC	
22100	AT. ALGODÃO 1E CC	

CÓD	SALA DE CIRURGIA	QUANT.	INÍCIO
	TAXA DE BISTURI ELÉTRICO	X	
	TAXA DE OXIGÊNIO 05.802.494/0001-41	X	
	TAXA DE ASPIRADOR TRACAO CORRETORA	X	
	TAXA DE FURADEIRA DE SEGURID LTDA	X	
	TAXA CARDIOCOPIO 13 Jan 2019	X	
	TAXA OXIMETRIA	X	
	TAXA DE INTENSIFICADOR	X	

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SERVICO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Prado do Silva* REGISTRO: *293.162*
CIRURGIÃO: *Dr. Prado* 1º AUXILIAR:
ANESTESISTA: *A. Prado* 2º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
DATA: *29/08/9* INÍCIO: TÉRMINO: DURAÇÃO:
DIAGNÓSTICO: *Fra de Perna E* INTERVENÇÃO: *Redução e*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

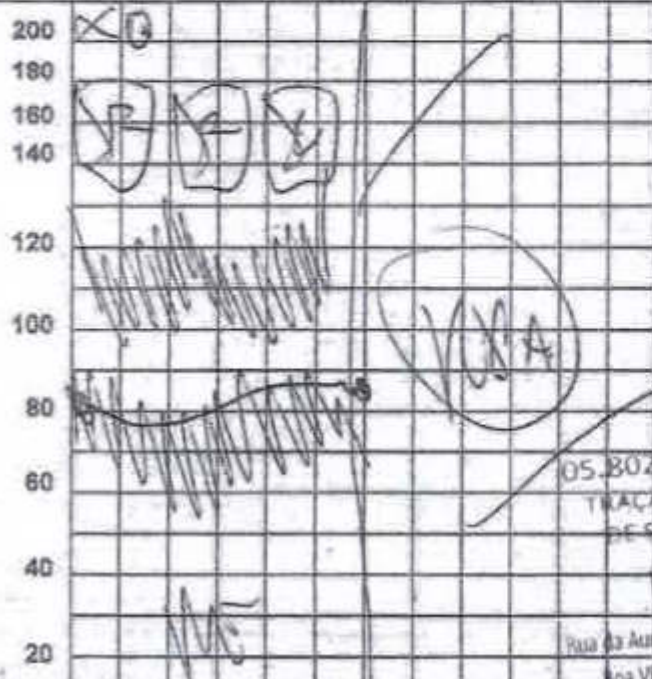
*Redução e
fixação da
fratura*

2. Enxerto

LAUDO DE ANESTESIA

ANESTESIA INÍCIO: *9:40h* TÉRMINO: *10:40h* DURAÇÃO: *1h*
TIPO DE ANESTESIA: *relaxação -
nervosa* AGENTE: *Propofol + midazolam* VOLUME: *2l*

MEDICAÇÃO DO C.C.



- (1) Bupivacaína 0.5% - 0.5ml
- (2) Midazolam 5mg - 0.1ml
- (3) Atropina 2mg - 0.2ml
- (4) Diprivan 1g - 0.1ml
- (5) Midazolam 5mg - 0.1ml
- (6) Atropina 2mg - 0.2ml

05.802.494/0001-41
TRACACORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Marcos Biselli
CRM - 28.74861
ORF - 29.985
C.R.M. 24.2004

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM				
NOME	TRINCA	PRIMEIRO NOME	DATA	
Evangelina da Silva	2		28/05/19	

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

of a large well worn corner of Barry's Journal no 1 65 approx. 1914

estaba en el momento de salir, y al salir me dio un abrazo y me dijo: "¡Adiós!"

Monroe we did not see any more and they did not arrive
until we were about 10 miles from the river.

Spine in color yellow / pinkish, with brown spots
The flowers purple (like the fruit)

1205 4th long station

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1. The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document. The title is "The History of the City of New York from 1624 to 1784". The author is "John Smith". The date is "1784".

PLA.	PLANO	TEMP.	INJEÇÃO	DISSOL.	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DATA DE VENC.
36							

11/01/20	10	33/10							
----------	----	-------	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

05.802.394/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10/10/2010

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel.: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613-8889/3613-8887 CEP: 48.904-560 - CNPJ: 13.871.690/0001-20

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE : 293.162 - PRISCILA DA SILVA
NR : 1.059.106

DATA ADMISSÃO : 28/05/2019

DATA ALTA: 30/05/2019

Hipótese Diagnóstica

FRATURA DE FEMUR

MEMBRO: () DIREITO (X) ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: () ABERTA (X) FECHADA

CID

572.2

Tratamento/Evolução

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE FRATURA DE FEMUR COM FIXAÇÃO

Orientações

CURATIVO DE DOIS EM DOIS DIAS

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

Encaminhamento

REVISÃO APÓS 30 DIAS, TERÇA-FEIRA A TARDE

Tempo de afastamento previsto

Dr. Erisvaldo Gonçalves Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 13.935-BA

Dr. ERISVALDO GONCALVES RODRIGUES

CRM 13.935-BA

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Lagoa Grande



SESAU



SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

REGISTO Nº _____

Paciente Brisela da Silva, vítima de acidente de trânsito em Pedrinhas-PE nos dias 25/05/2019. A mesma foi socorrida pelo SAMU e foi encaminhada (1) e HU, com diagnóstico de fratura de fêmur esquerdo. Foi submetida a tratamento cirúrgico do diáfise do fêmur; após foi submetida a tratamento de fisioterapia. Porém a perna apresenta sequelas de caráter permanente. Implanteado a placa p/ fixação. Sequelas funcionais adquiridas após acidente: ADM ↓, prego ↓, contraturas m. eula, ->

DATA: 08/08/19

ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13/08/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

quadro óptico eluado. A mesma
utilizo lookiro de roda para se
locomover, não tem condições de
relacionar a seus direitos individuais.
Sei realizado todo tratamento proposto,
por ser alto dignidade, com perda
funcional de 85%.

CID: 570.3

Isabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 284925-F

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

ID Paciente : 26282
Nome : PRICILA DA SILVA
Data : 27/05/2019 18:29:07
18/05/1988

287790 1



05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

, PRISCILA DA SILVA, : DX from 29/05/2019

ARMADOR
S. Silva

PRIMEIRO
A

VALOR
R\$ 100,00

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 ACO 2118

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 58.060-010
RECIFE-PE