

SOLICITAMOS QUE PROSSIGAM COM A REGULAÇÃO,
UMA VEZ QUE ESTA PENDÊNCIA NÃO MAIS SE JUSTIFICA,
DE ACORDO COM A CIRCULAR DIREG - 014/2019.

Senha: 3190434970
VITIMA: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

INFORMAMOS DEIXE NOS UM
VIZ, VOCÊS INSISTEM EM SOLICITAR
DA SRA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO. A MESMA
ALÉM DE SER POPUL, É IDOSA, NÃO
TENDO CONDIÇÕES ALGUMAS DE IR PROCURAR
TAL PROPRIETÁRIO. COMUNICAMOS TAMBÉM
QUE TAL DOCUMENTO NÃO MAIS FAZ
PARTE DAS NORMATIVAS ABSURDAS DA
SEGUINDEIRA LIDER, DE ACORDO COM A
CIRCULAR DIREG/N 014/2019. DIANTE DO EXPODE,
E CÂNTOS DE EU NÃO SERÁ A SRA ALA
PROFUTURADA POR TAL EXIGÊNCIA, SOLICITAMOS
EM CARÁTER DE URGÊNCIA, A LIBERAÇÃO
DO SEGUNDO A QUIL VITIMA SE PROCUTADA
TEM DIREITO.

PETROLINA, 07 de outubro de 2019


PROCURADOR
MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	LEITO:	Nº CÓDIGO SUREM:
	DATA: 08/04/19	HORA: 07:30

I D E N T I F I C A C Ā O	Nome: <u>Ana Maria de Souza</u>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
	Nº Cartão do SUS: <u>201802290133774</u>	Regulação: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Data de nascimento: <u>14/10/58</u>	Idade: _____ Naturalidade: <u>Guarajuba</u> UF: <u>BA</u>
	Filiação: Pai <u>Anastácio Bispo de Souza</u>	
	Mãe: <u>Maria Pereira de Souza</u>	
	Raça / Cor: Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/>	
	Nº do RG: <u>07.787.214-26</u>	Órgão Exp. _____ UF _____ Data de emissão: _____ / _____ / _____
	Nº Cert. de Nasc: _____ Nº Livro _____ Nº Folha _____ Data de emissão: _____ / _____ / _____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUL 2019 Geste Seguradora S/A, Av. Rui Barbosa, 715-11.5 Recife - PE
	Telefones: () _____	
	Endereço (Rua / Av; Qd): _____	
Bairro: _____ Cidade: _____		
Responsável: _____		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul <input checked="" type="checkbox"/>		

HISTÓRICO PATOLÓGICO:

HAS: DM: OUTRA COMORBIDADE NÃO SIM QUAL? _____
 Gestante Pediátrico Psiquiátrico Idoso Alergia SIM NÃO

SINAIS VITais

PA 90 x 60 mmHg T= _____ °C PULSO= _____ bpm RESP. _____ rpm

PESO: _____ kg HGT: _____ mg/dl BCF: _____

HISTÓRICO:

Paciente trazido pelo seu vizinho ao consultório para a moto a moto apresentava
discoideia em capo (2), dor de fôlego intensa.
extremidade óssea.

ACV PLE em 21

EVOLUÇÃO MÉDICA

AR: MUF J. RA
PA: GOLW, 70147

Gestante 34

CO: JF 0.47 100-1

CEFALOPATO 1g 20

TENS 10-1

JF 0.11 100-1

150

100-1
CONTENEDOR
02:50

DR. DIOGO DE SOUZA
Medicina

CRM-BA 26609

PR FMU ESTAD DE CR 00 00 00

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2326414 Abertura: 08/04/2019 09:10

Paciente: ANA MARIA DE SOUZA - Idade: 60a. - Sexo Feminino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO Unid. Origem: HOSPITAL MUNICIPAL DE SOBRADINHO - BA

Município: Sobradinho

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Justificativa da Transferência: FRATURA EXPOSTA DE UMERO ESQUERDO

Complemento da Solicitação: REALIZAR TRANSFERÊNCIA; VAGA ZERO; RETENÇÃO DA MACA; PARA HU/UNIVASF; ORTOPEDIA: DR. LUIZ OTÁVIO
CIENTE (Demetrio Gregorio Ribeiro - N° Cons: 28017 - CRIL - 08/04/2019 09:20:02)

Resumo Clínico: >>>> RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, VITIMA
DE COLISÃO (MOTO X MOTO), APRESENTANDO DEFORMIDADE EM
BRAÇO ESQUERDO, DOR DE FORTE INTENSIDADE, EXPOSIÇÃO
OSSEA.

ACV: RCR EM 2T

AR: MV+, SRA

ABD: GLOBOSO, RHA+

PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

SENDO FEITO ANALGESIA

- EVOLUÇÃO: FRATURA EXPOSTA DE UMERO ESQUERDO

- DADOS VITAS:

FC:82

FR:19

PAS:90

PAD:60

- MAIS INFORMAÇÕES:

SUÍP, VENT, Ar Ambiente

GLASGOW:15

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASOATIVAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIBIÓTICOS

Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO LAUDO DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardio: Sem Exame

RX: FRATURA EXPOSTA DE UMERO ESQUERDO

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

MÉDICO RESPONSÁVEL: DIEGO GONÇALVES CARNEIRO - N° Cons:

28609 / CREMEB

Informado por Eliane de Lima Melo - HMS em 08/04/2019 09:10:17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Hipótese do Diagnóstico (CID)

S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Encaminhamento

08/04/2019 09:20

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

Prof. Reg.: DEMETRIO GREGÓRIO RIBEIRO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solut.: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Ambulância:

Ficha de Atendimento - Emergência*not ptt***DADOS DO PACIENTE**

Prontuário: 51457059

Paciente: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUZA

Endereço: QUADRA N 24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM / SOBRADINHO (BA)

CNS: 701802290133774

Doc. Identificação: 0778721426

Nasc.: 14/04/1958

Idade: 60

Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MÉDICO

paciente com dor e limitação
no membro e após queda de moto
hoje.

Rx com fer. 1/3 distal do membro
HT: fer. exposta membro (e)
EP: Intervimento
iso blando.

Dr. Marcos Queiroz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 08715 / BA 32060

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

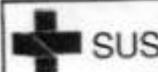
18 JUL 2019

Gestão Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU-UNIFASF/EBSERH
219.2462

Ass. Paciente: _____

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____ :



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
ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

6 - ACOMPANHANTE

X

7 - PRONTUÁRIO

51457059

8 - CNS
701802290133774

9 - RG
0778721426

10 - CPF
59573384515

11 - NASCIMENTO
14/04/1958

12 - SEXO
F

13 - RACA/COR
PARDA

14 - REGULÁVEL

NAO

15 - NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA DE SOUZA

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 988417219

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - ETNIA

19 - TELEFONE DE CONTATO

20 - ENDEREÇO

QUADRA N 24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SOBRADINHO

22 - CÓD IBGE
2930774

23 - UF
BA

24 - CEP

48925000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fratura exposta do úmero após acidente de moto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÚDIO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Brasile Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tratamento cirúrgico

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF LEISERH
SINISTRO 11/02/2019

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

rx

HU - UNIVASF
CONF. COM ORIGINAL
DATA: 11/02/2019

Dr. Marcos Queiroz
Ortopedista Traumatologista
CRM PE 00151/BA 32069

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

29 - CID 10 PRINCIPAL

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

S42.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

33 - CÓD. PROCEDIMENTO

408020393

34 - CLÍNICA

35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

4867701416

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

MARCOS ARTUR PEREIRA DE CARVALHO QUEIROZ

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/04/2019

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

20715/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

44 - CNPJ DA SEGURODORA

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

52 - CÓD. CÓDIGO

CPF

11/04/19

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

201910637 401-6

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

11-04-19

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO AUTORIZADOR

4867701416

08/04/2019

201910637 401-6

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

201910637 401-6

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS Chegada: 08/04/2019 11.06.18
 Sexo: FEMININO Idade: 60
 Transporte: OUTROS Data de Nascimento: 14/04/1958

Classificação de Risco

Queixa Principal:		REGULADA ORTOPEDIA: FRATURA EXPOSTA EM MSE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO HÁ 4 HS									
Fluxograma:		PROBLEMAS EM EXTREMIDADES				Discriminador: FRATURA EXPOSTA					
Parâmetros:	Glicemia Capilar			Escala de Coma de Glasgow:							
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):				
Temperatura Timpânica				Escala de Dor:	4	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:	ORTOPEDISTA										
Classificador:	TAMARA CRISTINA LOIOLA			COREN / CRM:	184758 PE	Hora de Início CR:			08/04/2019 11.15.33		
Hora de Fim CR: 08/04/2019 11.16.36											

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:				
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO															
18 JUL 2019															
Brasile Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE															

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
NOVA UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 219.2962

HU - UNIVASF
CONSELHO CONSULTOR
Data: 11/07/2019

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ANA MARIA DE SOUSA SANTOS		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: FRATURA DE UMERO ESQUERDO EXPOSTA		DATA CIRURGIA: 08.04.2019
PROCEDIMENTO: LIMPEZA + FIXAÇÃO EXTERNA		INÍCIO: TÉRMINO:
Cirurgião: Dr. Leonardo Carvalho Moura Fe	Anestesista: Dr THALES	
1º Aux: DR. MARCIO SPINDOLA	2º Aux:	
Anestesia: RAQUIANESTESIA		
<p>1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia;</p> <p>2. Limpeza com SF0,9% abundante</p> <p>3. Assepsia, antisepsia e Aposição de campos estéreis;</p> <p>4. Limpeza com SF0,9% abundante + desbridamento da ferida</p> <p>5. Montagem Fixador externo transarticular de cotovelo</p> <p>6. Curativo estéril</p> <p>7. Controle radiográfico</p> <p>8. RPA</p>		
  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUL 2019 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Brasile Seguradora S/A. Av. Ruf Barbosa, 715 - L. 5 Recife - PE </div>		
MATERIAL UTILIZADO 01 KIT FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO		

Dr. Leonardo Carvalho Moura Fe
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Quadril
 CRM-PE 25257-CB/PE-201559

Assinatura e carimbo do médico

FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

PROCEDIMENTO:

Dr. Leonardo

CÓD. PROCEDIMENTO:

EMPRESA:

SP Síntese

CIRURGIA/CIRURGIÁ:

INSTRUMENTADOR (A):

Dalgivanda

PACIENTE:

Ana Maria de Souza dos Santos

DATA DA CIRURGIA:

08.04.19

PRONTUÁRIO:

51457059

Coluna

Hastes

Ilizarov

Herbert

Quadril

Outros:

Cervical
 Lombar

Fêmur
 Tibia

TUBO / TUBO

DESCRICAÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO:

04 PINOS DE CHANZ 4,5 X 180 mm
04 CONECTORES BARRA PINO
02 CONECTORES BARRA / BARRA
01 BARRA LISA 350mm
01 BARRA LISA 200mm
01 BARRA LISA 250mm

OBSERVAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Brasile Seguradora S/A.
Av. Rio Branco, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativa
HU UNIVASF / EBSERH
BIA: 216.2962

Assinaturas:

PARA A ID VOL
LORÉNNE 27/53.

Dr. Leonardo Carvalho Moura Filho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PE 25257 CRM-GA 30558

Sala 01
M. Alves.

Ficha de Atendimento - Emergência *NET - PCT*

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51457059
Paciente: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUZA
Endereço: QUADRA N 24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM / SOBRADINHO (BA)
CNS: 701802290133774 Doc. Identificação: 0778721426 Nasc.: 14/04/1958 Idade: 61
Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MÉDICO

ESTOCHEMIA

Recém com history de Acidente rotacional no
trânsito feito fator de exposição Extremo Traumatizante
em 11/05. Recém de gestação em 13/05/19 com 03 g.
Peculiaridade: Alergia notável ao fumo de cigarros
H.P.: Fx Diagnos Clínico: Enxaquecimento com uso Fis. Externo
AL 105

DD
Dr. Dario B. Fonseca
Médico
CRM-PE 23.190*Michelle Mendes Pereira*
Assistente Administrativa
HUC/UNIVERSIF / EBSERH
08/07/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

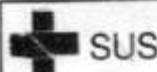
Geste Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE
--

Ass. Paciente: _____

Saida: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Impressão: 16/04/2019

Hora: 13.07



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS2 - 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
ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS6 - CÓD. IBGE
7018022901337749 - RG
077872142610 - CPF
5957338451511 - NASCIMENTO
14/04/195812 - SEXO
F6 - ACOMPANHANTE
X
7 - PRONTUÁRIO
51457059

15 - NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA DE SOUZA

13 - RACA/COR
PARDA
14 - REGULÁVEL
NÃO

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - ETNIA

16 - TELEFONE DE CONTATO
(67) 988417219
19 - TELEFONE DE CONTATO

20 - ENDEREÇO

QUADRA N 24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SOBRADINHO

22 - CÓD. IBGE
293077423 - UF
BA
24 - CEP
48925000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Jovem vítima de acidente motociclistico há 8 dias cursando com fratura exposta em diafise do úmero Esquerdo sendo feito tto inicial com fixador Externo retornando para realização de osteossíntese definitiva

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
tratamento cirúrgico27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Fratura em diafise do úmero esquerdoDEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Brasília Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO

29 - CID 10 PRINCIPAL

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

S42.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO

33 - CÓD. PROCEDIMENTO

408020393

34 - CLÍNICA

35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

3070430376

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DANILO BARBOSA FONSECA

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/04/2019

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

23790PE/CREMPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

44 - CNPJ DA SEGURADORA

45 - N. BILHETE

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

47 - CNPJ EMPRESA

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

48 - CNAE EMPRESA

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

52 - CÓD. ORGÃO

CPTM/2014

53 - DOCUMENTO

CPTM/2014

() CNS () CPF

CPTM/2014

55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

CPTM/2014

18/04/19

CPTM/2014

CPTM/2014

CPTM/2014

CPTM/2014

CPTM/2014

CPTM/2014

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CPTM/2014

CPTM/2014

CPTM/2014

CPTM/2014

EBSERH

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

HUUNIVASF

PRONTUÁRIO

DATA

08/04/19

NOME: Anne Marie de Souza dos Santos

Sexo: F

Idade: 60

ASA: II

Urgência: SIM NÃO

CIRURGIAO:

Dionerely

ANESTESIOLOGISTA

Thales + Lúcia (R1)

PROCEDIMENTO:

TTS cirurgia de pectus exposte de fêmea E

INÍCIO

TÉRMINO

18:15 19:15

Anamnese:

Alergia: Não SimJejum: >8h <8hPatologias: Não Sim HAS compromete

Exames:

CONDICÕES DE ENTRADA

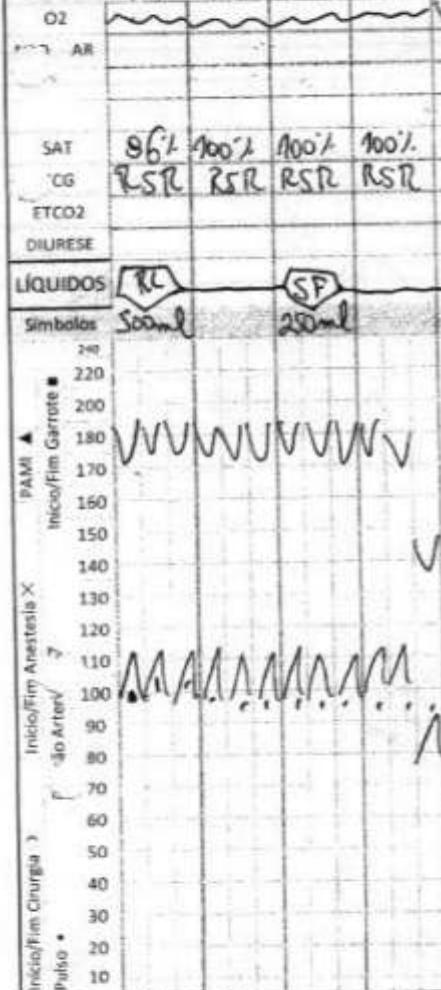
PA: 142x708

FC: 100

SAT: 96%

OUTROS

HORÁRIO



MEDICAÇÃO

Dose

- 1 Bupiv CVC 87,5mg
- 2 Diclo CVC 150mg
- 3 Reptofine 1g
- 4 Gentamicine 80mg
- 5 Midazolam 2+2mg
- 6 Propofol 80mg
- 7 Dexametasona 10mg
- 8 Ursolantina 8mg
- 9 Dipirona 1g
- 10 Cloridina 45mg
- 11
- 12
- 13
- 14 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
- 15 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
- 16
- 17
- 18 18 JUL 2019
- 19
- 20

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF E BESERH
SIA 18/04/2019

MONITORIZAÇÃO

- OXIMETRIA ANALISADOR GAS
 CARDIOSCOPIA PAI
 PNI OUTROS
 CAENOGRAFIA
 SVD

TÉCNICA ANESTÉSICA

- ACOMPANHAMENTO
 RAQUIANESTESIA G. VENOSA
 G. BALANCEADA PERIDURAL
 G. INALATÓRIA PERI CONT.
 B. PLEXO

Posição: DDH

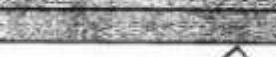
Hemocomponentes

 Não Sim

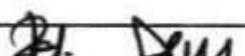
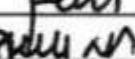
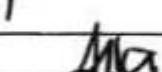
Antibiótico	<input type="checkbox"/> Profilático <input checked="" type="checkbox"/> Terapêutico	1 Profetol	Dose: 1g	Hora: 18:15
		2 Gentamicine	Dose: 80mg	Hora: 18:45

Descrição: 1. Ident + Anamnese + revisão de montanha;
 2. Venelise: gelco 200ml MSD, pírex + metadonopex;
 3. Pectus em DDH com lotexix Steel cervical e gatin sulco
 coplar a expanda, realizada infusão de 1+2 em sulcos intercostais
 níveis sulco tênnis, expanda, sem intromissões.

Dr. Lúcio Torres
CRM-PE 25277

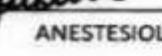
RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA		
CONDICOES DE ENTRADA		
<input type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPÓROSO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE
<input type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNÉICO	<input type="checkbox"/> INTUBADO
<input type="checkbox"/> ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> INSTÁVEL	
PA: _____	FC: _____	SAT: _____
 <small>COLABORADOR: _____</small>		

CONDICÕES DE ALTA					
ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE			
EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> INTUBADO			
ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> INSTÁVEL				
NVPO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM			
DOR					
BROMAGE	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
ALDRETE E KROULIK	<u>09</u>				
PA:	_____	FC:	_____	SAT:	_____
HORA:	<u>20:15</u>				
DESTINO:					
<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> _____			







ANESTESIOLOGISTA - CRM

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: FRATURA ÚMERO DISTAL ESQ		DATA CIRURGIA: 17/04/2019
PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRURGICO		INÍCIO: TÉRMINO:
Cirurgião: Dr. CAIO PETRUS		Anestesista: DRA. MARINA
1º Aux:		2º Aux:
Anestesia: BLOQUEIO		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente decúbito VENTRAL sob anestesia; 2. Assepsia, antisepsia e Aposição de campos estérveis; 3. Via de acesso posterior ao úmero distal esq, dissecção por planos, isolamento do nervo radial, redução cruenta da fratura 4. Fixação com PLACA dcp 4,5mm estreita 06 furos + 06 parafusos 5. Observada boa redução sob fluoroscopia 6. Revisão hemostática 7. curativo 8. fim do procedimento 		

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUVASF EBSERH
SINTEPE/PE 19.2967

HU - UNIVASF
CONFERE
DATA
10/04/2019

MATERIAL UTILIZADO

Caixa 4,5 mm

Dr. Caio Petrus
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PE 17621 BA 2222

Assinatura e carimbo do médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Brasileira Seguradora S/A.
Av. Rio Branco, 715 - Lj. 5
Recife - PE

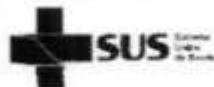
EBSERH		FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF		HUUNIVASF	PRONTUÁRIO	DATA			
NOME		Ana Maria de Souza dos Santos			51457099	17/04/2019			
CIRURGIÃO		Dr Caio		ANESTESIOLOGISTA	Sexo	Idade	ASA	Urgência	
PROCEDIMENTO		Correção anágua da fratura de úmero distal			F	61	2	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Anamnese:					INÍCIO	TERMINO			
Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					14:40	16:20			
Jejum: <input checked="" type="checkbox"/> >8h <input type="checkbox"/> <8h					CONDIÇÕES DE ENTRADA				
Patologias: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim HAS					PA: 145x71 mmHg	FC: 111 bpm	SAT: 97%	OUTROS:	
				Exames:					
HORÁRIO				MEDICAÇÃO				Dose	
O2				1 Lidocaina 1% CVC					
N2O AR				2 Propacaina 0,125% CVC				40ml	
SAT		99%	99%	3 Água destilada					
ECG		RRR	RRR	4 Fentanil				75mcg	
ETCO2		RRR	RRR	5 Midazolam				3mg	
DIURESE		RRR	RRR	6 Dexametasona				10mg	
SÍDOS		RL	SF	7 Dipirona				2g	
Símbolos		500ml	500ml	8 Dimeclometomidina				100mcg	
PAM:		240	220	9					
Início/Fim Garrote:		200	180	10					
Início/Fim Anágua:		160	140	11					
Início/Fim Cirurgia:		120	100	12					
Pulso:		80	60	13					
Posição:		1 DVH	0	14					
Hemocomponentes				15					
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				16					
Antibiótico		<input checked="" type="checkbox"/> Profilático	<input type="checkbox"/> Terapêutico	1 Cefazolina	Dose: 7g	Hora: 14:40	MONITORIZAÇÃO		
				2	Dose: 0	Hora: 0	<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA <input type="checkbox"/> ANALISADOR GAS		
							<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCOPIA <input type="checkbox"/> PAI		
							<input checked="" type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> OUTROS		
							<input type="checkbox"/> CAPNOGRAFIA <input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
TÉCNICA ANESTÉSICA									
<input checked="" type="checkbox"/> ACOMPANHAMENTO									
<input type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/> G. VENDOSA									
<input type="checkbox"/> G. BALANCEADA <input type="checkbox"/> PERIURAL									
<input type="checkbox"/> G. INALATORIA <input type="checkbox"/> PERI CONT.									
<input checked="" type="checkbox"/> B. PLEXO									
<input type="checkbox"/> C. VENOSA									
<input type="checkbox"/> D. INALATORIA									
<input type="checkbox"/> E. SISTÉMICA									
<input type="checkbox"/> F. TÉRMICA									
<input type="checkbox"/> G. HUMORAL									
<input type="checkbox"/> H. METABÓLICA									
<input type="checkbox"/> I. HEMODINÂMICA									
<input type="checkbox"/> J. HEPATOBILIAR									
<input type="checkbox"/> K. URINÁRIA									
<input type="checkbox"/> L. GASTROINTESTINAL									
<input type="checkbox"/> M. PULMONAR									
<input type="checkbox"/> N. CARDIACAS									
<input type="checkbox"/> O. NEUROLOGICAS									
<input type="checkbox"/> P. HEMATOLOGICAS									
<input type="checkbox"/> Q. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> R. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> S. TUMORES									
<input type="checkbox"/> T. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> U. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> V. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> W. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> X. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> Y. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> Z. TUMORES									
<input type="checkbox"/> AA. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> BB. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> CC. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> DD. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> EE. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> FF. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> GG. TUMORES									
<input type="checkbox"/> HH. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> II. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> JJ. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> KK. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> LL. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> MM. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> NN. TUMORES									
<input type="checkbox"/> OO. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> PP. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> RR. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> SS. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> TT. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> UU. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> VV. TUMORES									
<input type="checkbox"/> WW. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> XX. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> YY. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> AA. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> BB. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> CC. TUMORES									
<input type="checkbox"/> DD. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> EE. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> FF. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> GG. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> HH. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> II. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> JJ. TUMORES									
<input type="checkbox"/> KK. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> LL. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> MM. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> NN. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> OO. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> PP. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> RR. TUMORES									
<input type="checkbox"/> SS. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> TT. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> UU. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> VV. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> WW. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> XX. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> YY. TUMORES									
<input type="checkbox"/> ZZ. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> AA. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> BB. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> CC. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> DD. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> EE. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> FF. TUMORES									
<input type="checkbox"/> GG. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> HH. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> II. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> JJ. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> KK. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> LL. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> MM. TUMORES									
<input type="checkbox"/> OO. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> PP. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> RR. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> SS. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> TT. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> UU. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> VV. TUMORES									
<input type="checkbox"/> WW. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> XX. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> YY. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> AA. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> BB. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> CC. TUMORES									
<input type="checkbox"/> DD. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> EE. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> FF. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> GG. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> HH. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> II. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> JJ. TUMORES									
<input type="checkbox"/> KK. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> LL. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> MM. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> OO. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> PP. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> RR. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> SS. TUMORES									
<input type="checkbox"/> TT. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> UU. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> VV. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> WW. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> XX. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> YY. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> ZZ. TUMORES									
<input type="checkbox"/> AA. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> BB. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> CC. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> DD. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> EE. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> FF. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> GG. TUMORES									
<input type="checkbox"/> HH. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> II. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> JJ. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> KK. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> LL. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> MM. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> OO. TUMORES									
<input type="checkbox"/> PP. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> RR. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> SS. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> TT. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> UU. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> VV. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> WW. TUMORES									
<input type="checkbox"/> XX. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> YY. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> AA. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> BB. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> CC. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> DD. TUMORES									
<input type="checkbox"/> EE. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> FF. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> GG. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> HH. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> II. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> JJ. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> KK. TUMORES									
<input type="checkbox"/> LL. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> MM. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> OO. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> PP. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> RR. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> SS. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> TT. TUMORES									
<input type="checkbox"/> UU. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> VV. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> WW. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> XX. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> YY. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> AA. TUMORES									
<input type="checkbox"/> BB. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> CC. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> DD. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> EE. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> FF. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> GG. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> HH. TUMORES									
<input type="checkbox"/> II. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> JJ. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> KK. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> LL. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> MM. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> OO. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> PP. TUMORES									
<input type="checkbox"/> RR. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> SS. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> TT. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> UU. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> VV. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> WW. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> XX. TUMORES									
<input type="checkbox"/> YY. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> AA. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> BB. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> CC. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> DD. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> EE. TUMORES									
<input type="checkbox"/> FF. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> GG. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> HH. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> II. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> JJ. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> KK. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> LL. TUMORES									
<input type="checkbox"/> MM. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> OO. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> PP. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> RR. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> SS. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> TT. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> UU. TUMORES									
<input type="checkbox"/> VV. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> WW. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> XX. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> YY. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> AA. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> BB. TUMORES									
<input type="checkbox"/> CC. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> DD. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> EE. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> FF. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> GG. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> HH. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> II. TUMORES									
<input type="checkbox"/> JJ. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> KK. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> LL. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> MM. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> OO. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> PP. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> RR. TUMORES									
<input type="checkbox"/> SS. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> TT. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> UU. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> VV. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> WW. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> XX. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> YY. TUMORES									
<input type="checkbox"/> ZZ. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> AA. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> BB. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> CC. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> DD. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> EE. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> FF. TUMORES									
<input type="checkbox"/> GG. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> HH. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> II. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> JJ. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> KK. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> LL. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> MM. TUMORES									
<input type="checkbox"/> OO. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> PP. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> RR. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> SS. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> TT. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> UU. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> VV. TUMORES									
<input type="checkbox"/> WW. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> XX. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> YY. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> AA. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> BB. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> CC. TUMORES									
<input type="checkbox"/> DD. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> EE. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> FF. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> GG. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> HH. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> II. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> JJ. TUMORES									
<input type="checkbox"/> KK. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> LL. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> MM. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> OO. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> PP. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> RR. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> SS. TUMORES									
<input type="checkbox"/> TT. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> UU. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> VV. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> WW. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> XX. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> YY. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> ZZ. TUMORES									
<input type="checkbox"/> AA. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> BB. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> CC. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> DD. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> EE. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> FF. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> GG. TUMORES									
<input type="checkbox"/> HH. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> II. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> JJ. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> KK. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> LL. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> MM. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> OO. TUMORES									
<input type="checkbox"/> PP. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> RR. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> SS. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> TT. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> UU. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> VV. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> WW. TUMORES									
<input type="checkbox"/> XX. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> YY. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> AA. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> BB. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> CC. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> DD. TUMORES									
<input type="checkbox"/> EE. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> FF. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> GG. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> II. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> JJ. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> KK. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> LL. TUMORES									
<input type="checkbox"/> MM. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> OO. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> PP. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> RR. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> SS. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> TT. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> UU. TUMORES									
<input type="checkbox"/> VV. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> WW. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> XX. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> YY. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> ZZ. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> AA. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> BB. TUMORES									
<input type="checkbox"/> CC. METABÓLICAS									
<input type="checkbox"/> DD. INJETÁVEIS									
<input type="checkbox"/> EE. INHALATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> FF. INTESTINAIS									
<input type="checkbox"/> GG. INFLAMATÓRIAS									
<input type="checkbox"/> HH. INFECCIONES									
<input type="checkbox"/> II									

ANOTAÇÕES		INTERCORRÊNCIAS	
<p>Fluidos Totais CRISTALÓIDE: <u>1500 ml</u> SORO GLICOSADO: <u></u> SANGUE: <u></u> PLASMA: <u></u> PLAQUETAS: <u></u> DIURESE: <u></u></p>		<p>FINAL DO PROCEDIMENTO</p> <p>CONDIÇÕES FINAIS</p> <p>Encaminhado: <input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> </p> <p>PA <u>108 x 62 mmHg</u> FC <u>84 bpm</u> SAT <u>98%</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> EXTUBADO <input type="checkbox"/> INTUBADO</p> <p><i>M. Mendes Pereira Assistente Administrativo HU UNIVASER 2019</i></p> <p>ANESTESIOLOGISTA - CRM</p>	

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA				
CONDIÇÕES DE ENTRADA				
<input type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPÓRICO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE		
<input type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNEICO	<input type="checkbox"/> INTUBADO		
<input type="checkbox"/> ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> INSTÁVEL			
PA: _____	FC: _____	SAT: _____		
SINAIS VITAIS				
HORÁRIO	PA	FC	SAT	ANOTAÇÕES
				<i>Michella Mendes Pereira Assistente Administrativo HU UNIVASER 2019</i>
				<i>HU UNIVASER CONFERIDO 16/07/2019</i>
CONDIÇÕES DE ALTA				
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPÓRICO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> INTUBADO		
<input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> INSTÁVEL			
NVPO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM		
DOR				
BROMAGE	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ALDRETE E KROLIK	<u>9</u>			
PA: <u>105 x 68</u>	FC: <u>95</u>	SAT: <u>97% AA</u>		

<input type="checkbox"/> DESTINO: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI	<input checked="" type="checkbox"/> Salavende	<i>Raquel Rodri (Residente Anestesia)</i>
		ANESTESIOLOGISTA - CRM

CONVENIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO:

tratamento cirúrgico de rotura de úmbero 5

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

EMPRESA

confini

CIBURGIÃO/CIBURGIÃ

GLAÇO/CIRURGIA: INSTRUMENTADOR (A):
Dir. Caio Pitney + Dr. Danilo. Dr. Brey

INSTRUMENTADOR (A)

PACIENTE

nte. ana maria de souza dos santos

DATA DA CIRURGIA:

PRONTUÁRIO

51457059

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos					
	06	08	10	12	14	16
DCP larga	06	08	10	12	14	16
DCP estreita	04	05	X6	08	10	12
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08	14
Outros:						

PARAFUSOS UTILIZADOS

Basta Seguradora S/A
Av. Rufi Barbosa, 715 - Lj. 5

Assinaturas:

Derota
3/1960

Dr. Caio Petrus
Ortopedia e Traumatologia
CRMESP 17762181-29

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **ANA MARIA DE SOUZA SANTOS**

IDADE: **61 A**

DATA DE ADMISSÃO: **16/04/19**

PRONTUÁRIO: **51457059**

DATA DE ALTA: **18/04/19**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA DE UMERO ESQUERDO

CID: **S42.4**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BRAÇO
ESQUERDO COM OSTEOSÍNTESE

ALTA PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

29/05/19 12:30

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

USO CORRETO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS
CURATIVO EM UBS

AMB ORTOPEDIA 4º FEIRA

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) NO DIA
DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

PETROLINA-PE **18/04/19**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO EMITENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

PARA: ANA MARIA DE SOUZA SANTOS

**1) LISADOR DIP -----1CX
TOMAR 1 CP 6/6 HORAS SE DOR**

**2) CEFALEXINA 500 MG -----20CP
TOMAR 1CP 6/6 HORAS 05 DIAS**

**3) FLANCOX 500 MG -----1CX
TOMAR 1 CP 12/12 HORAS 07 DIAS**

PETROLINA 18/04/19

**NÃO ACEITAR TROCA DE MEDICAMENTO!
Resolução RDC nº 16/07**


Dr. Rodolfo Lameira
Centro Universitário
Hospital de Urgências e Traumas
10 ANOS ****
MÉDICO - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

**Brasão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE**

Identificação Comprador

Nome: _____

RG: _____ Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação Fornecedor

Data: _____

Assinatura
farmacêutico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: ANA MARIA DE SOUZA SANTOS

MÉDICO: AMB ORTOPEDIA 4º FEIRA

DATA DO RETORNO: **15 (QUINZE) DIAS** HORA: **MANHÃ**

DIAGNÓSTICO: **FRATURA DE UMERO ESQUERDO**



ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel:
(87) 2101-6511

DATA: 18/04/19

Dr. Rodrigo
Gesteira
18/04/19
18/04/19
18/04/19

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO EMITENTE

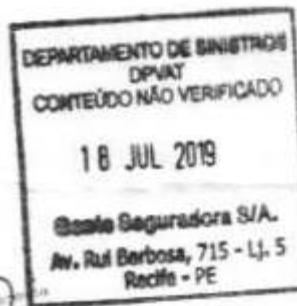
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

PARA: ANA MARIA DE SOUZA SANTOS

1) LISADOR DIP -----1CX
TOMAR 1 CP 6/6 HORAS SE DOR

2) CEFALEXINA 500 MG -----20CP
TOMAR 1CP 6/6 HORAS 05 DIAS

3) FLANCOX 500 MG -----1CX
TOMAR 1 CP 12/12 HORAS 07 DIAS



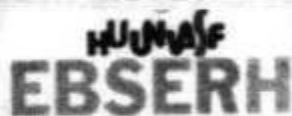
PETROLINA 18/04/19

MÉDICO - CRM

NÃO ACEITAR TROCA DE MEDICAMENTO!
Resolução RDC nº 16/07

Identificação Comprador	
Nome: _____	
RG: _____	Emissor: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

Identificação Fornecedor	
Data: _____	
Assinatura farmacêutico	



ATESTADO

DECLARAÇÃO

NOME: ANA MARIA DE SOUZA SANTOS IDADE: 61 A

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF

ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 16/04/19 A 18/04/19,
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
30(TRINTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: S42.4

SE DECLARAÇÃO:

COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO
SENDI LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Brasil Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: 18/04/19

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

ID Paciente : 23049

285230_1

Nome : ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Data : 20/05/2019 17:42:58

14/04/1958



DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DEPART
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE



PREFEITURA
**Lagoa
Grande**
Desenvolvimento e Cidadania



RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____ REGISTRO Nº: _____

Ana Flora de Souza, vítima de colisão de moto sendo socorrida pelo SAMU de Sobradinho-BA levado p/ o Hospital da Cidade, sendo encaminhado p/ o HU de Petrolina-PE falecida em 08/04/19.

Diagnóstico de fatura do extranôdade inferior do úmido E.

Foi realizada trotonite cirúrgica ronda unilaterial fixada externo TUBO-TUBO, e moquido realizada todo trotonite exposto com grande moquido de corte peritoneal, com rigidez e AOM com grau elevado de dificuldade e com farto muco-icode.

Perdeu funcional com 87%, ato deficiente.

CID: 5423

Isabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

DATA: 12/07/19

ASSINATURA E CARIMBO



卷之三

HOSPITAL UNIVERSITARIO - HUUNIVASE
EMPRESA FEDERADA DE SERVICIOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANCIO, 2A. SN. CENTRO PETROLINAPE
069-8834-405 - Telefone: (81) 2101-8660

KECEHBAKO

NOME: Ana Lúcia de Souza dos Santos

R. 2000

Dark
tan or
brown
12/12 b

Shropshire 600
Ten or 'cup' 218 M

Lula, Otávio Noronha da SILVA
Lula, Otávio Noronha da SILVA
Geóptica de MATERIAIS
HNU - UNIV. FED. R. S. A.

CHARGE

HMMA~~d~~ SUS +
SUS 304 SMC

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AURILADORA TOSRES
Av. D, s/n Q-02, Vila São Francisco Sobradinho-BA
(74) 3538-1141

RECEITUÁRIO

Nome: Anna M^a de Souza dos Santos
Endereço:

① Private Non-monetary

Tommy Olvamp 12/11/12



Miguel L. Juste
CABA - 28146

Sobradinho: 27,05, 19

DATA: 12.04.2013

Procurador

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO: RIAS-CEUADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

DOC. CONCEDE: ORG. SERRA/CE

3997844 SED/PR

OFF: 772-555-224-72 DATA EMISSÃO: 09/02/1972

PUNÇÃO:

JOHN IRVING DE
CARVALHO

DAIVIA MARIA ALBUQUERQUE
E DE CARVALHO

PERÍODO: 00/00/0000 A 00/00/0000

VALOR DA TUBA: 0,00

0 TERRITÓRIO NACIONAL

1223998555

Nº REGISTRO: 01697311238 EMISSÃO: 05/05/2021 EXPIRAÇÃO: 26/09/1991

OBSERVAÇÕES:
sem observações

Assinatura do Portador

LOCK: CARVALHO - PR DATA EMISSÃO: 06/02/2018

Assinatura da Autoridade

56393324941
2072594298

DETRAF - PR/PERNAMBUCO

1223998555

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 *... 200*

Brasile Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

Gestão Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243393/19

Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 595.733.845-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Titular do CPF: ANA MARIA DE SOUZA
DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS : 595.733.845-15

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 18/07/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

Data do cadastramento: 18/07/2019

Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Luciana Alves Neves

DECLARAÇÃO

RG: 0779721426

CPF: 595.733.945-15

ANA MARIA DE SOUZA SANTOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRAFT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L-5
Bacite - PE

Informo para a Seguradora que residia na Rua 04 nº 27 quadra 124 - Bairro São João de Sagum, em Sobradinho/BA. Fui vítima de um acidente de moto no dia 08 de Julho de 2019. Quando via na garupa de um ciclista de placa NIZ 9985 uma moto de propriedade do Sr Fernando Santana de Souza, o qual encontra-se em depósito e não sabido. Foi Fernando que fez o relatório de que não consegui encontrar, já que é uma pessoa de idade e não temos condições de fazer pesquisas por isso fomos de acordo aos analistas da Seguradora que faltam informações e liberaram o meu depósito que tenho devido.

Sobradinho, 29 de junho de 2019

Assinatura: Ana Maria de Souza dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190434970 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSO) P7 13 ALTA.

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

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P22
@23 FISIO

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 superiores	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: 3190434970 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSO) P7 13 ALTA.

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

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P22
@23 FISIO

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ANA MARIA DE SOUZA SANTOS

RG/CNH/CTPS: 0778721426

CPF: 595.733.815-15

End: RUA 04 - ED. N 24

Nº 27 - VILA SÃO JERÔNIMO

SOBRADINHO - BA

Outorgado: Marcus Andre Albuquerque de Carvalho

RG/CNH/CTPS: 3907844

CPF: 772.869.954-72

End: RUA CONSISTOLI - 226 - ALDEIA BRANCA

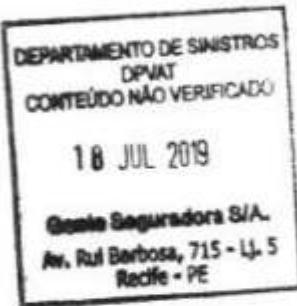
PETROLINA - PE - 56330-035

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**:

ANA MARIA DE SOUZA SANTOS - NATALIZIA INVACÍDIA

DIA DO ACIDENTE: 08/04/19

SOBRADINHO, 03 de julho de 2019.



ana maria de souza dos santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RS

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE SOBRADINHO BA
Av. Rui Barbosa, 715, Lote 5 - Centro - Sobradinho - CEP: 50125-000
TEL: (71) 3449-0723 | FAX: (71) 3449-0723 | E-mail: tabelionato.sobradinho@tabelionato.com.br | Tabela: Tabela Região Sudeste

Reconhecido por autenticidade a(s) firma(s) de ANA MARIA DE SOUZA SANTOS - 003 F.3

Anne Caroline Silva Ferreira

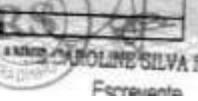
Em testemunho de verdade: Anne Caroline Silva Ferreira, Escrivente Autorizada - Sobradinho - BA
3/7/2019 Valor do Ato: R\$ 5,00 Emol: R\$ 2,42 Taxa
R\$ 2,58



2857 AB067025-7

SELO RECONHECIMENTO

www.tba.us.br/authenticidade



ANNE CAROLINE SILVA FERREIRA

Ferreirante

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243393/19

Número do Sinistro: 3190434970

Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 595.733.845-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

Luciana Alves Neves

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243393/19

Número do Sinistro: 3190434970

Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 595.733.845-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

Luciana Alves Neves

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190434970

Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190434970

Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190434970**

Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000004623-X

Conta: 000010005752-7

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, retorno 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





535570

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ºCRPN SOBRADINHO-BO-19-00523
Unidade: 17º COORPIN - SOBRADINHO
Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Data: 08/07/2019 às 16:00h

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Estado Serrado B/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso
Data: 08/04/2019 às 07:00h
Histórico:

Classificação: Acidente de Veículo

ALEGA A COMUNICANTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, QUE EM DATA E HORA ACIMA CITADOS, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO PAS/MOTOCICLO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2012/2012, DE COR PRETA, PLACA POLICIAL NZR-9985-SOBRADINHO-BA, CHASSI Nº 9C2KC1670CR522221, EM NOME DE FERNANDO SANTANA DE SOUZA, CONFORME CÓDIGO RENAVAM 458492340, VEIO A COLIDIR EM UMA OUTRA MOTO DE PLACA, CONDUTOR E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE. SEGUNDO A COMUNICANTE, NO MOMENTO DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE COMO CARONA A SUA GENITORA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, SENDO AMBAS SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SOBRADINHO-BAHIA, EM SEGUIDA TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TRAUMAS E URGENCIAS DE PETROLINA-PE, COM LESÕES CORPORAIS. É O REGISTRO.

Endereço Principal: Rod. BA 210, CONTOURNO DA INTEGRAÇÃO DA SAÍDA, VILA SÃO FRANCISCO, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

ADRIANO EVANGELISTA MARTINS, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Envolvimento
Testemunha

FRANCISVALDO, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Testemunha

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 07787214-26 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUZA, Pai: ANASTÁCIO BISPO DE SOUZA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Juazeiro (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 14/04/1958, Viúvo(a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,67m, Cabelo: Pretos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Carapinha, Heterossexual, Endereço: R. 04, Nº 27,

Vítima (Fato Não Delituoso)



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ºCRPN SOBRADINHO-BO-19-00523

Data: 06/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17º COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

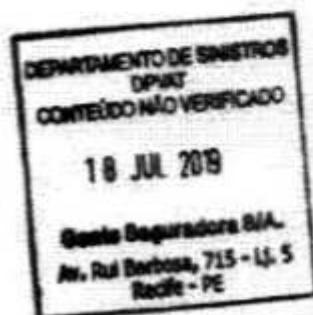
Pessoa Física	Envolvimento
QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Religião: Catolicismo KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 13385175-38 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Pai: BENTO DOS SANTOS NETO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Embu (SP) - SÃO PAULO - BRASIL, Nascido em: 02/02/1982, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,60m, Cabelo: Castanhos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Encaracolado, Heterossexual, Peculiaridade: Usa Óculos, Endereço: R. 04, Nº 27 , QUADRA-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Telefone Celular: 74988598354, Telefone Residencial: 74988598354, Religião: Catolicismo	Comunicante

Responsável:

FILIPE FREIRE BEZERRA

Código de autenticidade da certidão: f1426311-ac67-48a7-92f3-d4496a0d74bf

Para verificar a autenticidade desta certidão
accesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>



Verificar autenticidade ocorrência

Sua certidão é válida



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

595733845-15

4 - Nome completo da vítima:

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

6 - CPF:

595733845-15

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

RUA 04

9 - Número:

27

10 - Complemento:

QD. N 24

11 - Bairro:

VILA SÃO JOSÉ QUIM

12 - Cidade:

SOBRADINHO

13 - Estado:

BA

14 - CEP:

48925-000

15 - E-mail:

(81) 995024368

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

18 JUL 2019

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTORES)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (340)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4623

CONTA: 5752

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data da 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não identificado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

SOBRADINHO - BA 29 de junho de 2019

Ana Maria de Souza dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NAO AUTORIZADO

TESTIMUNHAS



**SAMU FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
192 REGISTRO DE CHAMADAS SOBRADINHO**

CHAMADA / TURMA	Nº	DATA 08 / 04 / 2019 / HORA 07:30				
		Médico(a) Regulador(a):	TAKM			
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OUTROS						
SOCORRO / TURMA	Solicitante:	Telefone:				
	TIPO:	QUEIXA DO SOLICITANTE	GDS.			
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	Fratura de tímpano (Exposta) OL		10			
<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO						
<input type="checkbox"/> CRIMÉTICO						
<input type="checkbox"/> PERÍCIA TÉCNICA						
Nome paciente:		<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	60			
Endereço onde paciente está presente		anos				
INCIDENTE / TURMA	BA 210					
	Ponto de referência					
ESTADO DE CONSCIÊNCIA (Nível de Alerta)	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA	
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Relaxou Estintores <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Respira normalmente <input type="checkbox"/> Respiração alterada <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Não respira <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Sem Pulso <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Ovário <input type="checkbox"/> Nariz + Boca <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Hematâmesis <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Torácica <input type="checkbox"/> Abdominal em Idoso <input type="checkbox"/> Outro	
Análise do Estado do Paciente: Aconselhado		<input type="checkbox"/> Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Acidente		<input type="checkbox"/> Trauma Tipo: _____		
GRAVIDADE: <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MÉDIA		FREQUÊNCIA: <input type="checkbox"/> RARO <input type="checkbox"/> FREQUENTE <input type="checkbox"/> MORTO		INTENSIDADE: <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> MÉDIA		
PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB I <input type="checkbox"/> USB II <input type="checkbox"/> USB III <input type="checkbox"/> USB IV						
TRANSPORTE UTILIZADO	HORÁRIOS		Peso do paciente		Peso do passageiro	
	Comunidade	Pronto	Local	Peso do paciente	Passageiro	Peso
ESQUPE	Kleige	Tage	Aline	Bráy	CONDUTOR	
MÉDICO(A)	ENFERMEIRO(A)	TÉCNICA	CONDUTOR			



20x20 mm - 1.672 g/m² - 200g - 0.25

PA: **90x60 mmHg, Fc: 95 bpm, SPO₂ = 97%**

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA Ocorrência	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO <input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO <input type="checkbox"/> LESÃO: <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> % ÁREA QUEIMADA		
	CABEÇA		
	PESSOAS		
	TÓRAX		
	OUTRAS CONDUTAS:		
	GRANDEZA COMPROVADA <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> ÓRTO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA		
	<input type="checkbox"/> CLINÉFRO <input type="checkbox"/> MATERNIDADE MUNICIPAL <input type="checkbox"/> PRÓ-MATRÉ <input type="checkbox"/> REGIONAL <input type="checkbox"/> SANATÓRIO <input type="checkbox"/> SO-BABY <input type="checkbox"/> HOM <input type="checkbox"/> OUTRO: MMAT <input type="checkbox"/> SOTE <input type="checkbox"/> NÃO REMOVIDO		
	Dr. Diego Gasparini Camargo Médico CRM-BA 28609 Assinatura e Carteira do Médico (Anexo de Descrição) Assinatura e Carteira do Técnico (Anexo de Descrição)		
	DESTINO DO(A) PACIENTE		
	APÓS	<input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
INCIDENTES	<input type="checkbox"/> CANCERÍGICO <input type="checkbox"/> RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓRTO NO TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ÓRTO NO LOCAL EM POR TERCEROS <input type="checkbox"/> OUTRO _____		
TERMÔ DE RECUSA	Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico Disponibilizado pelo SAMU / Juiz de Fora nesta oportunidade. Assinatura do paciente ou responsável _____		



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04623-X

CONTA: 000010005752-7

Nr. da Autenticação 26FCB167AAEC89D7



CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - 1881 - CNPJ 070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE

SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
R DA CANAFISTULA, N. 00226 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633
0-035
INSCRICAO: 111.860.339.0010.960 GRUPO: 18 DEB. AUTOMATICO: 018660814

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	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	PARÂMETROS		NÚMERO DE ANOSTRAS	
			EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEN.
03/2019	36	/36	TURBIDEZ	130	130	128
02/2019	32	/32	COR APARENTE	130	130	125
01/2019	25	/25	CLORO RESIDUAL	130	130	130
12/2018	33	/33	COLIF. TOTAIS	130	130	125
11/2018	29	/29	E. COLI	130	130	130
MÉDIA:	30	/30				

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

08%: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS ANOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COF (FORMES 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

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

		CONSUMO	TOTAL(R\$)
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)

		CONSUMO	TOTAL(R\$)
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

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSITO
PIS	358,65	1,65	5,92
COFINS	358,65	7,60	27,26

VENCIMENTO: 05/07/2019 TOTAL A PAGAR: 358,65

HENSAGEN:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
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 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

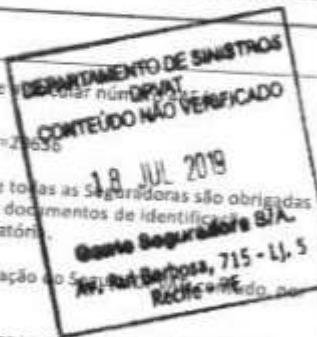
O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido no art. 299, § 1º, da Lei nº 9.513/97. O declarante deve fornecer o número de sinistro:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20635>

A Circular SUSEP¹ 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, informações 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. A determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E NESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.



Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772 869 9954, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANA MARIA DE SOUZA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o N° 595 733 845, 15
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA MARIA DE SOUZA SANTOS
Inscrito (a) no CPF sob o N° 595 733 845, 15, 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 Confissão</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ANTIA BHANU</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, PE 29 de junho de 2019

Assinatura do Declarante