

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

SERVIÇO : 3190434970

VITIMA: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

INFORMAMOS QUE MAIS UMA VEZ, VOCÊS INSISTEM EM SOLICITAR DA SRA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS A DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO. A MESMA ALÉM DE SER POPRE, É IDOSA, NÃO TENDO CONDIÇÕES ALGUMA DE IR PROCURAR TAL PROPRIETÁRIO. COMUNICAMOS TAMBÉM QUE TAL DOCUMENTO NÃO MAIS FAZ PARTE DAS NORMATIVAS ABSURDAS DA SEGURADORA LIDER, DE ACORDO COM A CIRCULAR DIREGUS 014/2019. DIANTE DO EXPOSTO, E CERTOS DE QUE NÃO SERÁ A SRA ANA PREJUDICADA POR TAL EXIGÊNCIA, SOLICITAMOS EM CARÁTER DE URGÊNCIA, A LIBERAÇÃO DO SEGURO A QUAL VITIMA SUPROCITADA TEM DIREITO.

PETROLINA, 07 DE OUTUBRO DE 2019



PROCURADOR
MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO



HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO:

Nº CÓDIGO SUREM:

DATA: 08/04/19

HORA: 07:30

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ana Maria de Souza Sexo: M ☐ F ☒

Nº Cartão do SUS: 701802290133774 Regulação: SIM ☐ NÃO ☐

Data de nascimento: 14/04/58 Idade: Naturalidade: Quazina UF: BA

Filiação: Pai: Amastácio Bispo de Souza

Mãe: Maria Pereira de Souza

Raça / Cor: Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Índio ☐

Nº do RG: 07.787.214-26 Órgão Exp. UF Data de emissão: / /

Nº Cert. de Nasc.: Nº Livro Nº Folha Data de emissão: / /

Telefones: ()

Endereço (Rua / Av; Qd):

Bairro: Cidade:

Responsável:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Corre Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715-15, 5
Recife - PE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐

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 trazida pelo filho vítima de queda moto a moto americana
deformação do corpo e dor de fôlego intensas
extensão gástrica.

ACU RUC em 21

EVOLUÇÃO MÉDICA

AR: MVF J. 2A

AD: GORD. 2A?

Costillas 3A

CP: JF 0.97 100%

CEFOVIA 1g EV

Tam 100%

JF 0.97 100%

Dr. Sérgio Gonçalves Carneiro
Médico
CRM-BA 28009

Rx Fome e sede de 3 dias e 3 dias

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
Ç
Ã
O**

Nome: Ana Maria de Souza Sexo: M ☐ F ☒

Nº Cartão do SUS: 701809990133774 Regulação: SIM ☐ NÃO ☐

Data de nascimento: 14/04/58 Idade: _____ Naturalidade: Quazino UF: BA

Filiação: Pai Anastácio Bispo de Souza

Mãe: Maria Pereira de Souza

Raça / Cor: Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Índio ☐

Nº do RG: 07.787.214-26 Órgão Exp. _____ UF _____ Data de emissão: ____/____/____

Nº Cert. de Nasc.: _____ Nº Livro _____ Nº Folha _____ Data de emissão: ____/____/____

Telefones: () _____

Endereço (Rua / Av; Qd): _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Responsável: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CORTEJO NÃO VERIFICADO

UF:
18 JUL 2019

Seguro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11-5
Recife - PE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐

HISTÓRICO PATOLÓGICO:

HAS: ☐ DM: ☐ OUTRA COMORBIDADE NÃO ☐ SIM ☐ QUAL? _____

Gestante ☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico ☐ Idoso ☐ Alergia SIM ☐ NÃO ☐

SINAIS VITAIS

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

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

HISTÓRICO:

Polissemia traqueal pelo Jato Vítima de acidente de trânsito com moto e moto apressada

Definição de risco de morte (E), com 25 pontos de risco de morte

Exatidão clínica

ALV: RUL em 2T

EVOLUÇÃO MÉDICA

AR: ruf J. 2A

AR: GLO 2A, 2A e 3A

C-2T 3A

C-2T 3A

C-2T 3A

C-2T 3A

C-2T 3A

C-2T 3A

C-2T 3A

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

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

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

Central, Reg.: CENTRAL DE REGULAÇÃO 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 (Demétrio Gregório Ribeiro - Nº Cons.: 28017 - CRIL - 08/04/2019 09:20:02)

Resumo Clínico: =====> RELATÓRIO MÉDICO
- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, VÍTIMA 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 VITAIS:
FC:82
FR:19
PAS:90
PAD:60
- MAIS INFORMAÇÕES:
SUP. 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
Ecocardi: 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 - Nº 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

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

Hipótese do Diagnóstico (CID)

S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

Encaminhamento

08/04/2019 09:20

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA - PE

Prof. Reg.: DEMÉTRIO GREGÓRIO RIBEIRO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Ambulância:

Ficha de Atendimento - Emergência

not at

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

Queixa com dor e limitação
no membro e após queda de um bloco
hoje.

Rx com fr. 1/3 distal do membro
HD: fr. exposta membro (E)
epi. Intermittente
do sangue.

Dr. Marcos Queiroz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 08715 / BA 32066



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

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

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIASF / EBSERH
SA 219.2942

Ass. Paciente: _____

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Impressão: 08/04/2019

Hora: 11.25



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

OPME

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Mantalabeira

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 - RAÇA/COR

PARDA

14 - REGULÁVEL

NÃO

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 umero após acidente de moto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

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

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tratamento cirurgico

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF/LESEERH
SINISTRO 218.2002

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

RX

HU - UNIVASF
CONF. COM O ORIGINAL
DATA 11.07.2019Dr. Marcos Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 2015 / BA 32080

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

29 - CID 10 PRINCIPAL

S42.3

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

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 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 - CNAE EMPRESA

49 - CBOR

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

52 - CÓD. AUTORIZAÇÃO

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF)

55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

11-04-19

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

261910637 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	<input checked="" type="checkbox"/>	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
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU - UNIVASF / EBSEH
S/A - 219.2962

HU - UNIVASF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ANA MARIA DE SOUSA SANTOS		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: FRATURA DE UMEROS 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		
<ol style="list-style-type: none">1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia;2. Limpeza com SF0,9% abundante3. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis;4. Limpeza com SF0,9% abundante + desbridamento da ferida5. Montagem Fixador externo transarticular de cotovelo6. Curativo estéril7. Controle radiográfico8. RPA		
MATERIAL UTILIZADO		
01 KIT FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO		



Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU - UNIVASF / EBSEH
FONE: 318-9989



Dr. Leonardo Carvalho Moura Fe
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PE 25257-0/01-00000

Assinatura e carimbo do médico

FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

PROCEDIMENTO: 1to cirurgico fix. Úmero E		CÓD. PROCEDIMENTO:	EMPRESA: SP síntese
CIRURGIÃO/CIRURGIÃ: Drº Leonardo		INSTRUMENTADOR(A): Dalgivanda	
PACIENTE: Ana Maria de Souza dos Santos		PRONTUÁRIO: 51457059	
DATA DA CIRURGIA: 08.04.19			

Coluna	Hastes	Ilizarov	Herbert	Quadril	Outros:
<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Fêmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBO / TUBO
<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> Tibia				

<p>DESCRIÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO:</p> <p>04 PINOS DE CHANZ 4,5 X 180mm</p> <p>04 CONECTORES BARRA PINO</p> <p>02 CONECTORES BARRA / BARRA</p> <p>01 BARRA LISA 350mm</p> <p>01 BARRA LISA 200mm</p> <p>01 BARRA LISA 250mm</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>HU - UNIVASF CONFESSÃO DE RECEBIMENTO DATA: 11/07/2019</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>18 JUL 2019</p> <p>Estado Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5. Recife - PE</p> <p>Michella Mendes Pereira Assistente Administrativo HU UNIVASF / EBSERH 01402: 219.2982</p>
---	--

Assinaturas:

PAF P. AD. VOU
COPE NAC 111531

Drº Leonardo Carvalho Moura F.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PE 25257 CRM-BA 30658

Sala 01
M. Alves.

Ficha de Atendimento - Emergência *NOT. AT*

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

~~# OCBEPHA~~

Paciente com história de Acidente motociclistico no
trânsito para tratamento clínicofarmacológico e fisioterapêutico -
em fase de cura de fratura na região lombar
Acidose láctica notada pelo paciente durante
HD. Ex. Vigoroso. Unico episódio em uso Fio. Externo
AP VAS

[Assinatura]
Dr. Danilo B. Fonseca
Médico
CRM-PE 23.790

[Assinatura]
Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
Classificação: 9889

UNIVASF
CONFERÊNCIA DE GRUPO
11 07-209

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

Ass. Paciente: _____

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Impressão: 16/04/2019

Hora: 13.07

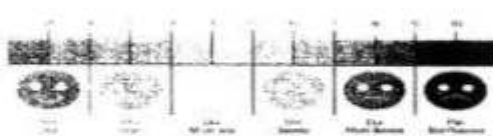
EBSERH FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF HUNAVF				PRONTUÁRIO		DATA	
NOME <u>Ana Marie de Souza dos Santos</u>				Sexo	<u>F</u>	Idade	<u>60</u> <u>tt</u>
				ASA	<u>II</u>	Urgência	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
CIRURGIÃO <u>Quemelo</u>				ANESTESIOLOGISTA <u>Thales + Lucas (R1)</u>			
PROCEDIMENTO <u>Trs cirurgias de pátula esparte de fígado E</u>				INÍCIO	TÉRMINO		
Anamnese: Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Jejum: <input checked="" type="checkbox"/> >8h <input type="checkbox"/> <8h Patologias: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>HAS compenada</u> Exames:				CONDICÕES DE ENTRADA			
				PA: <u>182x90</u>			
				FC: <u>100</u>			
				SAT: <u>96%</u>			
				OUTROS:			
HORÁRIO O2 <u>100%</u> AR <u>100%</u> SAT <u>96%</u> CG <u>RSL</u> ETCO2 <u>RSL</u> DIURESE LÍQUIDOS <u>RC</u> <u>SP</u> Simbolos <u>300ml</u> <u>250ml</u> PAM <u>180</u> Início/Fim Anestesia X Início/Fim Cirurgia X Pulso <u>100</u> Posição <u>DDH</u> Hemocomponentes <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Antibiótico <input type="checkbox"/> Profilático <input checked="" type="checkbox"/> Terapêutico 1 <u>Pepetoline</u> Dose: <u>1g</u> Hora: <u>18:15</u> 2 <u>Gentamicina</u> Dose: <u>80mg</u> Hora: <u>18:45</u> Descrição: <u>1. Ident + Anamnese + Revisão de prontuário;</u> <u>2. Ventilação: Pólex 200 em MSD, PEEP + Manutenção;</u> <u>3. Posição em DDH com Rotax lateral esquerda a 30cm sobre;</u> <u>colunar o paciente, realização insuflação de 1+2 em sales interestri-</u> <u>nais sole técnica esparta, sem intubação.</u>				MEDICAÇÃO 1 <u>Bupiv CVC</u> <u>87.5mg</u> 2 <u>Diclo CVC</u> <u>150mg</u> 3 <u>Pepetoline</u> <u>1g</u> 4 <u>Gentamicina</u> <u>80mg</u> 5 <u>Misoprostol</u> <u>2+2mg</u> 6 <u>Propofol</u> <u>80mg</u> 7 <u>Dexametazone</u> <u>10mg</u> 8 <u>Urodescente</u> <u>8mg</u> 9 <u>Dipirone</u> <u>1g</u> 10 <u>Clonidine</u> <u>4.5mg</u> 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 MONITORIZAÇÃO <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"/> CAENOGRAFIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> TÉCNICA ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> ACOMPANHAMENTO <input type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/> G. VENOSA <input type="checkbox"/> G. BALANCEADA <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> G. INALATÓRIA <input type="checkbox"/> PERI CONT. <input checked="" type="checkbox"/> B. PLEXO <input type="checkbox"/>			
Michella Mendes Pereira Assistente Administrativo HU UNIVASF EBSERH SIA/SI 19-01-2019				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUL 2019 Costa Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE			
Dr. Lucas Torres Médico CRM 25277							

ANOTAÇÕES	INTERCORRÊNCIAS
X	

FINAL DO PROCEDIMENTO	
Fluidos Totais CRISTALÓIDE: <u>750ml</u> SORO GLICOSADO: _____ SANGUE: _____ PLASMA: _____ PLAQUETAS: _____ DIURESE: _____	CONDIÇÕES FINAIS Encaminhado: <input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Enfermaria PA: <u>94x72</u> FC: <u>83</u> SAT: <u>100%</u> <input type="checkbox"/> EXTUBADO <input type="checkbox"/> INTUBADO

Dr. Thales Rizzo
 Anestesiologista
 CRM/BA: 22.316
 ANESTESIOLOGISTA - CRM

Dr. Lucas Torre
 Médico
 CRM-PE 28277

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA					
CONDIÇÕES DE ENTRADA					
<input type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	<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	
CONDIÇÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	<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				
<input checked="" type="checkbox"/> NVPO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM			
DOR: 					
BROMAGE: <input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 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"/> _____					

Dr. Paul
apenas
Alta

Guilherme
 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, antissepsia e Aposição de campos estéreis;3. Via de acesso posterior ao úmero distal esq, dissecação por planos, isolamento do nervo radial, redução cruenta da fratura4. Fixação com PLACA dcp 4,5mm estreita 06 furos + 06 parafusos5. Observada boa redução sob fluoroscopia6. Revisão hemostática7. curativo8. fim do procedimento		
MATERIAL UTILIZADO		
Caixa 4,5 mm		

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF EBSERH
SIAPE 419.2967



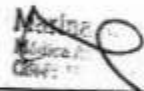
Dr. Caio Petrus
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 171621 BA 25202

Assinatura e carimbo do médico

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

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF		PRONTUÁRIO	DATA
NOME: <u>Ana Maria de Souza dos Santos</u>		51457059	17/04/2019
CIRURGIÃO: <u>Dr. Caio</u>	ANESTESIOLOGISTA: <u>Dra. Marina + Dra. Raquel (R9)</u>	Sexo: <u>F</u>	Idade: <u>61</u> ASA: <u>2</u> Urgência: <u>SIM</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>NÃO</u> <input type="checkbox"/>
PROCEDIMENTO: <u>Correção cirúrgica da fratura de úmero distal</u>		INÍCIO: <u>14:40</u>	TERMINO: <u>16:20</u>
Anamnese: Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Jejum: <input checked="" type="checkbox"/> >8h <input type="checkbox"/> <8h Patologias: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>HAS</u>		CONDIÇÕES DE ENTRADA PA: <u>145 x 71 mmHg</u> FC: <u>111 bpm</u> SAT: <u>98.1%</u> OUTROS:	
Exames:			
HORÁRIO O2 N2O AR SAT CG ETCO2 DIURESE JIDOS Símbolos 500 mL 500 mL 500 mL 99% 99% 99% 99% 98.1 98.1 RSR RSR RSR RSR RSR RSR 140 120 100 80 60 40 20 10 0		MEDICAÇÃO Dose 1 Lidocaina 1% CVC 2 Propofol 0.15% CVC } 40 mL 3 Água destilada 4 Fentanyl 75 mcg 5 Midazolam 3 mg 6 Dexametasona 10 mg 7 Dipirone 2 g 8 Dexmedetomidina 1.00 mg	
Posição: <u>DVH</u> Hemocomponentes <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		MONITORIZAÇÃO <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"/>	
Antibiótico: <input checked="" type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico 1 <u>Cefazolina</u> Dose: <u>2g</u> Hora: <u>14:40</u> 2 Dose: Hora:		TÉCNICA ANESTÉSICA <input checked="" type="checkbox"/> ACOMPANHAMENTO <input type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/> G. VENOSA <input type="checkbox"/> G. BALANCEADA <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> G. INALATORIA <input type="checkbox"/> PERI CONT. <input checked="" type="checkbox"/> B. PLEXO	
Descrição: 1- Identificação + anamnese + monitorização; 2- Repetição da sensibilidade periférica em MSD; 3- Subcúria venosa com (1)+(2)+(3) 4- Bloqueio supracostal de plexo braquial e cervical quadr. por USG com administração de (1)+(2)+(3) 5- Manutenção em DVH com (3) por BIC MCI + O2 por CN 3L/min Obs: Tempo de garroteamento do NSE = 1h e 20 min.		(Comentários ao uso)	

ANOTAÇÕES	INTERCORRÊNCIAS

Fluidos Totais CRISTALÓIDE: <u>1500ml</u> SORO GLICOSADO: <u>/</u> SANGUE: <u>/</u> PLASMA: <u>/</u> PLAQUETAS: <u>/</u> DIURESE: <u>/</u>	FINAL DO PROCEDIMENTO CONDIÇÕES INIAIS Encaminhado: <input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> _____ PA: <u>108 x 62 mmHg</u> FC: <u>84 bpm</u> SAT: <u>98%</u> <input checked="" type="checkbox"/> EXTUBADO <input type="checkbox"/> INTUBADO <div style="text-align: right;">  ANESTESIOLOGISTA - CRM </div>
---	---

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA				
CONDIÇÕES DE ENTRADA				
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNEICO	<input type="checkbox"/> INTUBADO		
<input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> INSTÁVEL			
PA: _____	FC: _____	SAT: _____		

SINAIS VITAIS				
HORÁRIO	PA	FC	SAT	ANOTAÇÕES

Michella Mendes Pereira
 Assistente Administrativo
 HU UNIVASE / EBSERH
 011-319-9809

HU - UNIVASE
 CONF. DESPACHO
 18/07/2019

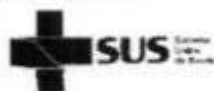
CONDIÇÕES DE ALTA				
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> INTUBADO		
<input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> INSTÁVEL	<input type="checkbox"/> SIM		
NVPO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM		
DOR: 				
BROMAGEM	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ALDRETE E KROULIK	<u>9</u>			
PA: <u>105 x 68</u>	FC: <u>95</u>	SAT: <u>97%</u>	AA: _____	
HORA: <u>17:50</u>				
DESTINO:	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> <u>Sala verde</u>			

Paciente consciente
 Orientado
 queixo

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


ANESTESIOLOGISTA - CRM

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de fratura de úmero E

COD. PROCEDIMENTO: _____ EMPRESA: carini

CIRURGIÃO/CIRURGIÃ: Dr. Caio Pitury + Dr. Danilo Urban INSTRUMENTADOR (A): _____

PACIENTE: Ona maria de souza dos santos

DATA DA CIRURGIA: 17/04/19 PRONTUÁRIO: 51457059

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos					
DCP larga	06	08	10	12	14	16
DCP estreita	04	06	08	10	12	14
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08	09
Outros:						

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS
DPIAT
CONTÉNGO VERIFICADO
18 JUL 2019
Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PARAFUSOS UTILIZADOS

Cortical 5mm	QT	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Cortical 1,5mm	QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Esponjoso Rosca 16	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Esponjoso Rosca 32	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Arruela 4,5mm	QT			Arruela 6,5mm		Outros:														

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE 10.2962

Assinaturas:

Dr. Danilo
311960

Dr. Caio Pitury
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 17762 / 2019



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 UMEROS ESQUERDO

CID: S42.4

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BRAÇO
ESQUERDO COM OSTEOSINTESE

ALTA PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Costa 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. Rodrigo L. Lemos
Cirurgião Especialista em Traumatologia
Unidade de Pronto Atendimento

MÉDICO - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Osato 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 UMEROS 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 Vazquez
Cirurgia e Traumatismo
18/04/2019 14:35

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) CEFALLEXINA 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

MÉDICO - CRM

Identificação Comprador

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

Identificação Fornecedor

Data: ____/____/____
Assinatura
farmacêutico

EBSERH



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
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NESTA DATA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

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

DATA: 18/04/19

*Dr. Rodrigo Luciano
Médico - CRM 12512/2008*
18 JUL 2019
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





Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

REGISTO Nº _____

Ana Joviana de Souza, vítima de lesão de moto sendo socorrido pelo SAMU de Salvador-BA levado p/ o Hospital da Cidade, sendo encaminhado p/ o HU de Petrolino-PE ocorrido em 08/04/19.

Diagnóstico de fratura do extrínseco inferior do Vomer E.

Foi realizado tratamento cirúrgico sendo utilizado fixador externo TUBO-TUBO, e quando realizado todo tratamento proposto com muita rapidez de corte permanente, com rigidez e ADM em grau elevado de dificuldade e com fonec permanecendo sendo funcional em 87% do diagnóstico.

CID: 542.3

Isabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

DATA: 12/07/19

ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTO DE BENEFÍCIOS
DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Geos Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUUNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANGUABA, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP: 55004-105, Telefone: (07) 2191-660

RECEITUÁRIO

NOME: Que Thaise de Souza dos Santos

8 100 unidades

Dorflex 01x

Tam 02 comp 12/12

Shuplophen 600

01x

Tam 01 comp 8/8

Uniz - Univas
Gestão de Assistência
HU - UNIVASF
SIVIS: 1040 PE

DATA: 12/04/2013



HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
Av. D. em O-02, Vila São Francisco Sobradinho-BA
(74) 3538-1141

RECEITUÁRIO

Nome: Anna M^a de Souza dos Santos

Endereço: _____

medic:

01x

Tam 01 comp 12h/12h



Sobradinho: 27,05,19

Miguel L. Juste
CIMA BA - 28146

Procurador

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

DOC. IDENTIFIC. (RG, CNH, etc.)
3907844 SSP PE

CPF
772.859.254-72

DATA DE NASCIMENTO
09/02/1972

FUNÇÃO
JOHN TRAMES DE
CARVALHO
DALVA MARTA ALBUQUERQUE
E DE CARVALHO

FORMAÇÃO
ACD
CCE

Nº PRESTO
01697321338

VALIDADE
05/05/2021

VALIDADE
26/09/1992

Observações
sem observações

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
06/05/2016

56383324941
92072590298

DETRAN - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1223998555

PROBANDO PLASTIFICAR
1223998555

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243393/19

Vítima: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 595.733.845-15

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: ANA MARIA DE SOUZA
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 18/07/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

Luciana Alves Neves

DECLARAÇÃO

RG: 0719721426

CPF: 595.733.945-15

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVFI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Sociedade Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.º S
Recife - PE

Informo para a seguradora que resido na Rua 04 no 27 quadra N24 - Bairro do São Francisco, em Sobradinho/BA. Fui vítima de um acidente de trânsito no dia 08 de Jul de 2019, quando estava na faixa de ultrapassagem da placa N2R 9985 uma moto de propriedade de Sr. Fernando Santana de Souza, o qual encontrava-se em lugar incerto e não sabido. Já tentamos procurar ele por vários lugares mas não consegui encontrar, foi só uma pessoa de idade e não tenho condições de ficar procurando por ele sem, peço aos analistas da seguradora que tenham compaixão da minha situação e liberação o meu seguro que tenho direito.

Sobradinho, 29 de junho de 2019

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

Valoração 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

Valoração 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 DOS SANTOS

RG/CNH/CTPS: 0778721426

CPF: 595.733.845-15

End: RUA 04 - ED. N 24

Nº 27 - VILA SÃO JOAQUIM

SOBRADINHO - BA

Outorgado: Marcus Andre Albuquerque de Carvalho

RG/CNH/CTPS: 3907844

CPF: 772.869.954-72

End: RUA CANASTOLA - 226 - ALDEIA BRANCA

PETROLINA - PE - 56330-035

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

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS - NATUREZA INVÁLIDA

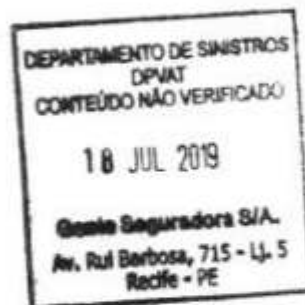
DATA DO ACIDENTE: 08/04/19

Sobradinho, 03 de julho de 2019.



Ana Maria de Souza dos Santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: Luciana Alves Neves

CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019

Nome: Luciana Alves Neves

CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Luciana Alves Neves

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



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

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, 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





535570

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:44h

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Escola Sagrada 6/A,
Av. Rul Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Responsável Pelo Registro

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Servidor: 750171564 - RUBENS GOMES DOS ANJOS

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Data: 08/04/2019 às 07:00h

Classificação: Acidente de Veículo

Histórico:

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 RENAVAL 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 URGÊNCIAS DE PETROLINA-PE, COM LESÕES CORPORAIS. É O REGISTRO.

Endereço Principal: Rod. BA 210, CONTORNO 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)

Obs: Autenticidade confirmada no site do delegacia por meio do



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Pessoa Física

Envolvimento

QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP:
48925-000, Religião: Catolicismo

Comunicante

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

Responsável: _____

FILIPE FREIRE BEZERRA

Código de autenticidade da certidão: f1426311-ac67-48a7-92f3-d4486a0d74bf

Para verificar a autenticidade desta certidão

acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>



Verificar autenticidade ocorrência

Sua certidão é válida

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

595733845-15

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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

595733845-15

AGRICULTORA

RUA 04

27

Q. N 24

VILA SÃO JOAQUIM

SOBRADINHO

BA

48925-000

(81) 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: ☒ RECUSO 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

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: 4623 X CONTA: 5752 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

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 Líder 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 do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (viveiros)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ATESTADO

TESTEMUNHAS

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

SAMU
192FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS

SOBRADINHO

CHAMADA (TAMM)	Nº	DATA 08 / 04 / 2019 HORA 07 30			
	Médico(a) Regulador(a)	TAMM			
	MOTIVO:	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> OUTROS	
SOLICITANTE	Solicitante:		Telefone:		
	TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE			OBS.
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	Fratura de úmero (EXPOSTA)			01
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO				
	<input type="checkbox"/> CIRÚRGICO				
PACIENTE (TAMM)	Nome completo				<input type="checkbox"/> UNICO <input type="checkbox"/> FEM
	Ana Maria de Souza dos Santos				60 ANOS
	BA 210				
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE À ENTRADA (Médico Regulador)	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Resp. normalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Abdominal
	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Resp. alterada	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nariz / Boca	<input type="checkbox"/> Cefaléia
	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Torácica
	<input type="checkbox"/> Convulsionado	<input type="checkbox"/> Não respira	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Abdominal em idoso
	<input type="checkbox"/> Relaxou Esfinctares	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Outro
	<input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Outro	
			<input type="checkbox"/> Não sabe	Braco E	Braco E
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto		<input type="checkbox"/> Trauma Tipo		
	<input type="checkbox"/> Aborto				
TRANSPORTE UTILIZADO	GRANDADE PRECISADA	<input type="checkbox"/> LESO	<input type="checkbox"/> PEQUENO MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA
	MEIOS	<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> USB I	<input type="checkbox"/> USB II	<input type="checkbox"/> USB III
	HORÁRIOS	Comunicação	Polícia	Local	Fuente de local
	ESQUE	Diego MÉDICO(A)	João ENFERMEIRO(A)	Aline TÉCNICA	Bray CONDUCTOR



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



Companhia de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.436, de 24/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
VÁLIDA PARA USO ATÉ 15/04/2023
Companhia de Eletricidade do Estado da Bahia
Av. Edgar Santos, 200, Cabula VI, Salvador - BA - CEP 41191-000
CPF 15.139.029/0001-04 | Ins. Est. 0947999907 | www.coelba.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
FAXA ESCOLA MARIA RIBEIRO

C.P.F.: 505.733.945-15

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
FESIDE VICAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 04 CDA N 24 27

VILA SAO JOAQUIM SOBRADINHO
SOBRACINHO BA
48925-000

CPF DO CONTRATANTE	UNICA	PERÍODO
0009092935	UNICA	14/06/2018
0009092935	0009092935	0009092935
14/06/2018	100305 PDB4	0009092935

CPF DO CONTRATANTE	DATA	PERÍODO
0009092935	06/2019	15/07/2019
0009092935	18/07/2019	65,94

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	78.000.000	0,80461804	61,15
Atividade Bandeira AMARELA			0,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,23

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										65,94
PERÍODO	Tipo de Faturação	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
07/2019	CAT	14850015	22.798,00	14850015	22.871,00	30	1,0000		78,00	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE PREÇOS	DEMONSTRATIVO DE TAXAS
Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)
Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)

Informações importantes para o consumidor: a conta de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta, sendo que o mesmo deve ser o responsável pelo pagamento da mesma. O consumidor deve verificar se a conta é emitida em nome dele e se o valor da mesma está correto. Caso contrário, deve entrar em contato com a COELBA para regularizar a situação.



DEMONSTRATIVO DE PREÇOS	DEMONSTRATIVO DE TAXAS
Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)
Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)

DEMONSTRATIVO DE PREÇOS	DEMONSTRATIVO DE TAXAS
Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)
Consumo Ativo (Wh)	Consumo Ativo (Wh)

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



CNPJ 09.789.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - 1881 - 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: 111.860.339.0010.960 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 018660814			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
1	1	1	
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		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11
04/2019	27 /27	TURBIDEZ	130
03/2019	36 /36	COR APARENTE	130
02/2019	32 /32	CLORO RESIDUAL	130
01/2019	25 /25	COLIF. TOTAIS	130
12/2018	33 /33	E. COLI	130
11/2018	29 /29		
MEDIA:	30 /30		
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\$ 3,29 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 CÁLCULO	PERCENTUAL (%)
M3		358,65	1,65
COPRO		358,65	7,60
			5,92
			27,26

VENCIMENTO: 05/07/2019

TOTAL A PAGAR: 358,65

MENSAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Osato 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: 4020-1595 / 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

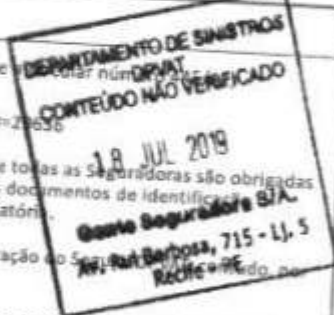
O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece o Regulamento de Seguro DPVAT disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=27636>

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, porém, a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772869954, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANA MARIA DE SOUZA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 595733845, 15
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA MARIA DE SOUZA SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 595733845, 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 CAVAFISTOLA</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ANTIA BRAMA</u>	Cidade: <u>RETROLINA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56330-035</u>	Tel. (DDD): <u>81 995024368</u>

Local e Data: RETROLINA, PE 29 de junho de 2019

Assinatura do Declarante