

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000035780-1

Nr. da Autenticação 1BB685235DAFE160

**EVITE PROBLEMAS COM SEU PAGAMENTO:
NÃO EDITE O CÓDIGO DE BARRAS OU
PAGUE O MESMO BOLETO DUAS VEZES.**



Caso o boleto já tenha vencido ou se você quiser pagar um valor diferente do total, gere um novo boleto no nosso aplicativo.

Nome do Beneficiário	CPF/CNPJ	Data de Vencimento	Valor Original
Nu Pagamentos S.A.	18236120000158	07/10/2019	87,36
Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número	Autenticação Médica	
	01/00012790383-0		

260-7 | 26090.00001 10001.279032 83000.000006 4 80350000008736

Local de Pagamento					Vencimento	
Em qualquer banco até o vencimento					07/10/2019	
Beneficiário			CPF/CNPJ		Agência / Código do Beneficiário	
Nu Pagamentos S.A.			18236120000158			
Data do Documento	Nº do Documento	Especie Doc.	Anexo	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento	
28/09/2019	12790383	DM	N	28/09/2019	01/00012790383-0	
Uso do Boleto	Código	Especie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	No Boleto / Pagamento	
	01	R\$			87,36	
Instruções Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					(-) Descontos / Abatimento	
					0,00	
					(-) Outras Deduções	
					0,00	
					(+/-) Juros / Multa	
Beneficiário					0,00	
					(+/-) Outras Ações	
					0,00	
Nu Pagamentos S.A.					No Boleto / Pagamento	
					87,36	
Pagador					04783835500	
Wallace William Leandro Santos						
Rua Boca da Mata 683 casa						
49680000 - Brasília - Nossa Senhora da Glória SE						
					Código de Série	

Autenticação Médica

FICHA DE COMPENSAÇÃO





ENERGISA SERGIPO SISTEMA ENERGISA
Rua M. Antônio Sales, 87 - Joo de Deus
Aracaju SE - CEP 55040-190
CNPJ 13.047.462/0001-62 Ins. Est. 270.767.456
Ata Fiscal Contato Energia Elétrica 0800 333 313
Cód. para Dto. Automático: 0000477575

Access: www.meripia.com.br

UC (Unidade Consumidora) 3/912787-9

Conecte o Oxi, nossa comunidade virtual de WhatsApp!
Ela poderá ajudar com informações sobre serviços,
enviar e receber via da conta de energia
e realizar pedido de ligação.
Salve nosso número e não chame sempre que precisar.
79-92191-1714

Demonstrativo

CD: Código de Classificação do Item	TOTAL	10.51	70.70	11.57	70.70	0.62	2.22
Variação Percentual	0.5973%						

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO

Indicadores de Qualidade

Composição do Consumo

1999-2000

Fabrizio con strascico

Adaptação: A reprodução dos textos, no âmbito da Prefeitura do município

Fabrizio con strascico

00190.00009 03087 893006 03406 857171 1 80450000008051

RUA DOS SÍLOS 3217 / CASA 4 - SÍLOS - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP - 45500000

電話: 02-2652-5555 傳真: 02-2652-5556 地址: 台北市中山區南京東路二段111號11樓 11171

Rua Min Apollino Sales, 51 - Inade Barbosa - Aracaju / SE - CEP: 43040-180

Agência / Código de benefício: 3024-3/175003-4



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 estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos De Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wallace William Leandro Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.838.355 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wallace William Leandro Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.838.355 / 00, 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 Dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Silos</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 11.11.2019

João Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

RELATÓRIO 01042 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1908010546/ ESUS – SAMU

e - DOC 020000.21886/2019-5

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **15h36min** do dia **01 de Agosto de 2019**, para transferência de vítima identificada como **Wallace William Leandro Santos**, que se encontrava no Hospital Regional do Município de Glória com relato de **Acidente Automobilístico**, no município de Glória.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Glória** realizou transferência para o **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE**, no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 11 de Setembro de 2019

Mary Ade Machado Tavares
MÉDICA
CRM 1720

Mary Ade
p/ Karina Andrade de Mendonça

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NUMERO DA FICHA	DATA	1/8/2019	HORA	11:09
RECEPCIONISTA KELLY				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME:	WALACI WILLAN LEANDRO SANTOS		NASC:	1/2/1989 RG: -
CARTÃO SUS:	IDADE:	20	SEXO:	☒ MASC ☐ FEM
ENDEREÇO:	RUA BOCA DA MATA		Nº	683 BAIRRO: NOVA BRASÍLIA
MUNICÍPIO:	NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	UF:	SERGIPE	CEP: 49580-000
MÃE:	VALDIRENE SILVA LEANDRO SANTOS		PAI:	JAILTON LIMA SANTOS
RESPONSÁVEL:			TEL:	-
PROCEDÊNCIA:	QUEIXA: ACIDENTE DE CARRO			
TIPO ATEND: ☐ URGÊNCIA / EMERGÊNCIA ☒ CL. MÉDICA ☐ PEDIATRIA ☐ OBSTETRICIA CASO POLICIAL ☐ ACIDENT. TRAB ☐ TRAUMA ☐ VEIO DE AMBULANCIA ☐ EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO - X ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ TC SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NÃO				
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM:			USO DE MEDICAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO	

DADOS CLÍNICOS

DATA PRIMEIROS SINTOMAS

laureta sofreu acidente de automóvel há 45 minutos.
Após do em colapso, não se move. Perda nos membros
que ocorreu em casa. No momento, há vômito em tempo e spot, com movimento de
membros superiores. PC 05/09/19 Sat 93%.

DIAGNÓSTICO:

ECG IS 15/28.

PC 05/09/19

CID:

Sat 93%

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

1) Radiografia de tórax
2) Radiografia de tórax
3) Radiografia de abd.
4) Toronal 100mg + 100ml S/O, 8/1.
5) Monitorização contínua.

Yuri Mark dos Santos Ribeiro
Médico Clínico Geral
CRM-SE 6134

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

ALTA

DECISÃO MÉDICA

A PEDIDO

Yuri Mark dos Santos Ribeiro

RESISTÊNCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

DEITO:

ATÉ 48 HS

APÓS 48 HS

HORA DO ÓBITO:

Marquise de Melo Maia Costa
Técnico de Enfermagem
COREN-SE 1363093

Yuri Mark dos Santos Ribeiro
Médico Clínico Geral
CRM-SE 6134

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

SINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Yuri Mark dos Santos Ribeiro
Médico Clínico Geral
CRM-SE 6134

11) SVD
12) SVD
13) SVD

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA:

PROFISSÃO:

HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

TIPO

ALERTA/ORIENTADO ☐LETÁRGICO ☐OBNUBILADO ☐TORPOROSO ☐COMATOSO ☐OUTROS ☐

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DIABETES☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL☐ CARDIOPATIA☐ AVC☐ OUTROS:

QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

QUAIS:

SIM ☐NÃO ☐

MEDICAMENTO EM USO

QUAIS:

SIM ☐NÃO ☐

SINAIS VITAIS

Glicose

mg/dl

Pressão Arterial

120/78

mmHg

Frequência Cardíaca

112

bpm

Temperatura

°C

Frequência Respiratória

irpm

Saturação de Oxigênio

98%

Peso

RISCO:

VERMELHO ☐AMARELO ☐VERDE ☐AZUL ☐

OBSERVAÇÃO:

As 11:30, foi realizada contato com a Srtm da HUSG, que indica
contato com Uatop.

Durante 1 hora foi realizado contato com o Regim. Sem resposta da com.

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

EXAME FÍSICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

As 11:30, foi realizada contato com a Srtm da HUSG, que indica
contato com Uatop.

Yuri Mark dos Santos Ribeiro
Médico Clínico Geral
CRM 157020

EVALUAÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

21/08/19 - Paciente deu entrada na emergência
às 11:15 vindo de um acidente, auto mobilístico,
com lesão periorbitária Superceja + es
conhecida pelo corpo do torácico, orientado,
verbalizando, realizado acesso venoso + USP,
monitorizado PA - 120x78, FC - 112, SpO₂ - 98%, segue
realizado Raxox, regulado pelo Dr. Yuri
p/120x80. Si segue

Rafaela R. da Silva
Enfermeira
CRM 157020

MOMENTO DE SAÍDA:

Assinatura e Carimbo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Quilari Zivileu Lourenço Santos

ENFERMARIA. *Nota 2*

LETO

Data/Hora

EVOLUÇÃO

04/08/19, às 12:20 h. Paciente submetida a uma punção mandibular para estabilização, vítima de acidente auto-mobilístico. No momento, com nível prioritário, encaminhado-se para consulta em regime ambulatorial. Realizado o exame clínico, com MIP em MSE em um dos lados. Foi colocada a placa cervical, na posição, conforme solicitado no laudo. Após o procedimento, encaminhado para MSE. 55VV: PA: 123169. FC: 89 bpm. Sat: 99%. Classificação: Sub-Bombosa. Cópia-se 27/08/2019. ENF. [assinatura]

~~Caetano G. Silveira~~
CORENSE 267.080 - ENF

0108/19-2002
13002

Parente apresentou queixa de ciúme, por 2 episódios, foi
remediado de 10€ para 10€ de indenização, mais 10€ de indenização
mensual para EU, para ser remunerado após o final do
trabalho. Parente refere um advogado, apresentando transcrição
de um documento de circulação por parte do juiz.

Cássia C.S. Barbosa
CRESE 20180-01

Cássia C. S. Barbosa
COPEN-SE 287.060 - EN

01.08.74, a equipe do SWS, compareceu ao local, para realizar levantamento, do parente acima p. HSE. Foi realizado parente comente, morto no vilarejo, em uma das colinas, em uma das AVD em HSE. O mesmo se deu em região abastada, com estrutura abastada, e também no local. Foi realizado parente do SWS, com estrutura de parente, parente HSE tipo family, em estrutura, parente morto do parente do parente em estrutura. No momento PA: 125 x 60 mm, Set: 95, FO 118 bpm. Lda. Yara, morto do quadro do parente, e morto do parente morto pela equipe do SWS parente HSE. No tempo Lda Yara, morto SWS parente do parente em parente, e o parente Yara. Quando se deu em região forçada e abastada.

CASSA C. S. BARTOSA
CORREIO 287.000-ENF

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. Srª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE - Unidade Trauma (Dr. Lima)

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Walter Willson Gomes Santos

SEXO

M

NASCIDO EM

1999

MATRÍCULA

-

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Acidente de trânsito (condutor - sem cint. de segurança). Apresenta dor abdominal a palp. sup. e inf. (abd.). Lesões em abd. direito. Relato de queda de consciência em casa e 2 episódios de vomito durante internação. ECG 15 Set 98: Im a a, FC 100 bpm. Realizados hidratos uns 1800ml, normais e plasm.

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Exome Libs + Anomias

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Análise de uridade abdominal.

DATA DO ENCAMINHAMENTO

1, 8, 19

Yuri Mark dos Santos Ribeiro
Médico Clínico Geral

CRM SE 6132

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO







NOME DO PACIENTE: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOSDATA DA ENTRADA: 01/08/2019DATA DA SAÍDA: 26/08/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA ☒ UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em internação no HUSO vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma abdominal fechado.

Em 01/08/2019, admitido, com queixa de dor abdominal e náusea.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

01/08/2019: laparoscopia exploratória e esplenectomia

EXAMES COMPLEMENTARES:

US de abdome: FASE (+)

MÉDICOS ASSISTENTES:

CELIANE S. ALVES

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()ARACAJU, 28 de 08 de 2019

Dr. Silvio C. Almeida

SAM/ HUSE

CRM 2410

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

ALERGIA DIFERIDA

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 30392
CNS:

DATA: 01/08/2019
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 18:53

USUARIO: CMSLEITE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WALLACE WILLIAN LEANDRO SANTOS
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 01/02/1999
ENDERECO.....: RUA BOCA DA MATA
COMPLEMENTO....: 700502145785450 BAIRRO: BRASILIA
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE
NOME PAI/MAE...: JAILTON SILVA LEANDRO SANTOS /VALDIRENE
RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU - VALDIRENE
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 35384174
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:
CEP....: -
LIMA SANTOS
TEL....: 7998632703

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___
Paciente chegou de acidente automobilístico trazido pelo SAMU e
protocolo. Acidente ocorrido às 14h. Via aérea livre, sem cervicalgia. De-
põe de trauma no tórax, MV diminuído à direita, rales pulmonares fc: 120bpm
Abdomen doloroso em HD. Glasgow 15, pupilas reativas e fotomioticas. Ex-
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: vítima em estado de choque, sinais vitais estáveis
Não há relato de acidente, ferimentos e episódios de ênure. Afirma
a Diferença. PA: 110/60 mmHg

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Rx cervical (perfil) - tórax (PA e perfil) e
pelve.
(2) USG FAST
(3) TC de abdome
(4) Transfusão de sangue EV
(5) Antibiótico de NCR
Rx de tórax
Dr. Gustavo Torres Xavier
Médico Geral
CRM-SE 5252

Pedro Walden da S. Conceição
Téc. Em Radiologia 1601-JE

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): Dr. Lazaro Vieira de Menezes
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

CRM-BA 240261 CRM-SE 5318

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 01/08/19
AS _____ HORAS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE.

g. Definitivo...: 3397
mero do CNS.....: 0000000000000000
me.....: WALLACE WILLIAN LEANDRO SANTOS
cumento.....: 35384174 Tipo :
ta de Nascimento: 1/02/1999 Idade: 20 anos
xo.....: MASCULINO
sponsavel.....: JAILTON SILVA LEANDRO SANTOS
me da Mae.....: VALDIRENE LIMA SANTOS
dereco.....: RUA BOCA DA MATA (700502145785450) SUS
irro.....: BRASILIA Cep.: 00000-000
lefone.....: 7998632703
nicipio.....: 2804508 - - SE
cionalidade.....: BRASILEIRO
turalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

orma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 30392
inica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
ito.....: 999.0205
ta da Internacao: 01/08/2019
ra da Internacao: 20:18
dico Solicitante: 694.955.055-34 - WAGNER JOSE ANDRADE SANTOS
oced. Solicitado: NAO INFORMADO
agnostico.....: NAO INFORMADO
entif. Operador.: AAOLIVEIRA

INFORMACOES DE SAIDA

oc.Realizado:
Hr Saida: ;
pecialidade:
o de Saida:
O Principal:
O Secundario:
incipal:
cundario:
tro:

Paciente: Wallace Million
Diagnóstico:

Data:

1	Data ZERO	SND
2	SFO, 99%, 1000 ml, IV p124h	500 500
3	SG 10%, 1000 ml, IV p124h	500 500
4	Keflin 2g, IV, 6/6h	OK 10 2h 2
5	Propofol 100 mg + 100 ml SFO, 99%, IV de 12/12h	24h 2
6	Isonal 100 mg + 100 ml SFO, 99%, IV de 8/8h	9h 9h 14
7	Comeprozol 40 mg, EV, 1x/dia	9h
8	Nausechon 8 mg + 100 ml SFO, 99%, IV 8/8h	OK 14 2
9	Ometor débito de SVD	06 () 12 ()
10	SSVV de 6/6h	18 () 24 ()
11	Cuidados gerais	10
12	Curativo de úlcera e sempre que necessário	10

~~Dra. Leilane Lacerda Ribeiro~~
~~MR Cirurgia Geral~~
~~CRM-SE 5741~~

[illegible]

ALERGIA A DIPYRONA

Paciente:
Diagnóstico:

Data:

PRESCRIÇÃO

1 Dieta ZERO
2 SF 0,9%, 1000 ml, IV p/24h
3 SG 10%, 2000 ml, IV p/24h
4 Neffin 2g, IV, 6/6h
5 Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9%, IV de 12/12h
6 Tramol 100 mg + 100 ml SF 0,9%, IV de 8/8h
7 Omeprozol 40 mg, EV, 1x/dia
8 Nausechon 8 mg + 100 ml SF 0,9%, IV 8/8h
9 Ometin de bato de SVD
12 SSVU de 6/6h
13 Cuidados gerais
14 Curativos de viris e sempre que necessário

Dr. Lellane B. [unclear]
MR. C. [unclear]
CRM-SE 5741

[illegible]

Waltair William Leandro Santos

PACIENTE:

DATA:

$\frac{2}{8}$ 8h
20a 19

DIAGNÓSTICO:

1º PO Esplenectomia

Prescrição e Dose

DIETA ORAL 2^o

Sg 500. 500ml

NAcl 0.9% 5ml

KCl 0.1% 5ml

SRW 500ml (10) 8/8h

Keftin 1g (10) 6/6h

TRAMAL- 100MG + 100ML SF 0.9% 1/12h

PROFENID 100 MG + 100ML SF 0.9% 1/12h

DIETIL 100ML + 100ML SF 0.9% 1/12h

FLASIL 10 ML + 100ML SF 0.9% 1/12h

SINAIS VITAIS 6/6h

-s suspensão

SN

12 18 24 06

ATENÇÃO

Amor tan chimere

NÃO trocar ematuro.

Dr. Tarcísio Armatéia

CRM/SE 2186

Enfermeira

COREN/SE 200

10:00 desprezado 1000ml de

diurese da SVD. Fei. Juliana 1663000



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

C 5.2



Fundação
Hospitalar
de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: Wallace Leandro Santos
Nº Prontuário/FAE: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____
Nº Atendimento: _____ Horário: _____
Diagnóstico: 03/08/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO E DIETA	HORÁRIO
		1. Dieta Riquíssima	
		2. SOB. 1500 ml EV 35% / dia	500 500 500
		3. RL 1000 ml EV 35% / dia	500 500
		4. Keflin 1g EV 6/6hs	8h 14h 22h
		5. Noel 207. 10ml em cada SG	6h No Son
		6. Kel 19.17. 10ml em cada SG	
		7. Parfemel 100+100 cap de SF EV 12/12hs	(12h) (24h) P
		8. Tramadol 100+100 cap de SF EV 12/12hs SOS	90 92 95
		9. Reforço SVD	de 12h
		10. Omeprazol 40 mg/dia	06
		11. Plavix EV 6/6hs SOS	90 9

Dr. Edson Riquelme Pereira
Cirurgião Geral
CRM 2203

Alex S.F. Matos
COREN-SE 94746 - ENF

Assinatura e carimbo do Médico



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: Wallace Leuchio Sambl
Nº Prontuário/FAE: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____
Nº Atendimento: _____
Diagnóstico: Dts de L.E. + aspl Horário: _____
neutrofil

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO E DIETA	HORÁRIO
24	08	I- DIETA <u>Restrita</u> <u>Julzepam 5 amp</u> <u>12/12h</u> <u>2x</u> II- SCALP HEPARINIZADO	<u>em uso</u>
19		1- CIPROFLOXACIN - 400 mg INTRAVENOSO DE 12/12 HORAS 2- FLAGYL- 500mg INTRAVENOSO DE 8/8 HORAS	<u>susp</u> <u>susp</u>
		III- OMEPRAZOL- 40 mg USO- INTRAVENOSO UMA VEZ AO DIA. <u>Rufen 1g IV 6/6h</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>	<u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>
		IV- PLASIL- 1 AMPOLA AGUA DESTILADA - 18 ml USO- INTRAVENOSO DE 8/8 HORAS.	<u>SOS</u> <u>SOS</u>
		V- PROFENID - 1 AMPOLA SORO FISIOLÓGICO - 200 ml USO- INTRAVENOSO DE 12/12 HORAS CORRER GOTA A GOTA, LENTAMENTE <u>Buprenorphine 1 amp</u> <u>8/8h</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>	<u>SOS</u> <u>SOS</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>
		VI- DIFIRONA - 2 CC AGUA DESTILADA - 8ml USO- INTRAVENOSO DE 6/6 HORAS	<u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>
		VII- MEDIR PULSO, PA E TEMPERATURA REGULARMENTE E ANOTAR <u>Diphenhydramine 1 amp</u> <u>8/8h</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>	<u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>
		IX- CURATIVO DIÁRIO	<u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>
		X- TRAMADOL- 50mg SORO FISIOLÓGICO - 200 ml USO- INTRAVENOSO DE 12/12 HORAS - APLICAR LENTAMENTE <u>ASV 200 ml</u> <u>12/12h</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>	<u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>
		XI- LUFTAL GOTAS USO- TOMAR TRINTA GOTAS DE 8/8 HORAS VIA ORAL	<u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u> <u>2x</u>

Assinatura e carimbo do Médico

04/08/1



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: Walter Desidério Santos
Nº Prontuário/FAE: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____
Nº Atendimento: _____ Horário: _____
Diagnóstico: PP de LE + esplenectomia

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO E DIETA	HORÁRIO
25		<u>1000mg 5 ml</u> <u>12/12h</u> <u>(22/10)</u>	
28	I	DIETA <u>chow 10</u> <u>5ml</u>	
19	II	SCALP HEPARINIZADO <u>Keflin 1g IV 6/6h</u> <u>12/12h</u>	
		CIPROFLOXACIN - 400 mg INTRAVENOSO DE 12/12 HORAS	
		2- FLAGYL - 500mg INTRAVENOSO DE 8/8 HORAS	
	III	OMEPRAZOL - 40 mg USO INTRAVENOSO UMA VEZ AO DIA. <u>Naftidina - 2ml</u> <u>IV</u> <u>12/12h</u>	
		<u>St - 200 ml</u>	
	IV	PLASII - 1 AMPOLA AGUA DESTILADA - 18 ml USO INTRAVENOSO DE 8/8 HORAS.	
	V	PROFENID - 1 AMPOLA SORO FISIOLÓGICO - 200 ml USO INTRAVENOSO DE 12/12 HORAS CORRER GOTTA A GOTTA LENTAMENTE <u>Naftidina - 1 amp</u> <u>IV</u> <u>12/12h</u>	
		<u>St - 18 ml</u>	
	VI	DIPIRONA - 2CC AGUA DESTILADA - 8ml USO INTRAVENOSO DE 6/6 HORAS	
	VII	MEDIR PULSO, PA E TEMPERATURA REGULARMENTE E ANOTAR.	
	IX	CURATIVO DIÁRIO	
	X	TRAMADOL - 50mg SORO FISIOLÓGICO - 200 ml USO INTRAVENOSO DE 12/12 HORAS - APLICAR LENTAMENTE	
	XI	LUFTAL GOTAS USO TOMAR TRINTA GOTAS DE 8/8 HORAS VIA ORAL	
		<u>Naftidina - 36 - 1 amp</u> <u>St - 18 ml</u> <u>IV 12/12h</u>	
		Assinatura e carimbo do Médico	

Nome do Paciente: Wallace Vellson Leonardo Santos

Página

Unidade de Produção:

Idade: 20a

Sexo: M

Leito:

Nº do Prontuário: 3392

01/08/19

Cirurgia geral

POI de laparotomia exploradora + esplenectomia

Pacient. foi submetido ao procedimento sob anestesia geral. Sem intercorrências.

CD: Encaminhado a SRPA

Dr. Lailane Vaz de Almeida
MR Cirurgia Geral
CRM-SE 5743

2.08.19. # Enfermagem

ADMISSÃO DO PC

POI LF + esplenectomia

Mega HPS/DN e alergia

Philo de raça, com máscara e familiar
consciente, orientado. Porta AUP em massa
SVD com déficit de comunicação social

Enf. Alana
Enfermeira
CRM-SE 10.102

2/8/19 sh

1º PO Esplenectomia

BEC, enfuro, ulceração descon-
dis ++/5+. Pulsos e/ps, FC:
100b/p. Abdom plano, globoso e
s. inchado, paros brs. Diurese clara

Col: hb/hb.

Dr. Tarcísio Arimatéa
CRM-SE 2186

[Assinatura]

04/08/19 Paciente admitido no Ato C, nasceram
11:30 ta do UIC, comunitário, simétrico, normal
em PO de espirometria em uso de
TPT. Amotus Inf. Hain's eus LUG.

03

08

10

2º DFO. Bem, com de

dispendo, RHA +.

Abelene Alcido

Cd. Gualberto
Pereira MD

Isidris Rodrigues Pereira
Enfermeira
CRM 2003

03/08/19 2º C. perimetro = 4

21:30 Paciente em 3º DFO - espirometria. Com de
curtado. Sugestão: seguir com
ambiente de TPT + espirometria + espirometria
de 40 litros. Segue com compêndio de per-
mello, de cuidados de respiração.

Cristiane Alves Santos Pereira
GEREN SE 379453-ENF

Nome do Paciente:

Walter Leandro Santos

Página n

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
24		DPO de LFT e plaquetas
28		Radiografia estável, evolução clínica
29		ausente. Marcado bem a direita. Rimão e medula normal Pulmão - se de L.V. (+) e sem crepitações abdominal: fígado e son evidência de hepatomegalia. Rimão mesmo normal. BCG discreto e com placas axilares. Este é o primeiro do. Nenhum problema emite, nada visto no tórax
		/
		05/08
		NRN
		Comunicação a médica residente que solicitou avaliação, cujo motivo na avaliação.
		No encaminhamento por amputação.
		Sintomas relatados de avaliação pela mesma.
		A dismorfia
		05/08/19. Pile bem o
		sem queixas. Com
		observação P/ avaliação
		atua. anormal

Breno Guedes
Médico
CRM 5843

06.08.19 = C. Geral =

Paciente bem, sem queixas

Apêndice, suprimido

Dejetos ⊕ Diurese ⊕

Abdomem flexado, plano, indolor.

cd: Alta

hospitalar

Dra. Ina Carolina Lisboa
CRM 2414
Coloproctologia





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: <u>Wollace Willson</u>	Idade: <u>200</u>	Sexo: <u>M</u>
Unidade de Produção:	Leito:	Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
01/08/19	22:30	Admitido na SEPA sob efeito anestésico, embora constante e limitado no tempo no espaço. Hipocrático. Traqueostomia. Refere algum desconforto intestinal, porém não associado com febre, prurido ou diarreia. Estado geral de saúde satisfatório. PA 135x85 + R 19 + FC 118 + SPO2 98%.
	23:40h	Paciente encaminhado p/ UPC. — <u>Ke. CORON 37-185103 TE</u>
02/08/19	23:50	Paciente admitido na UPC. — <u>Grille</u>
	08:00	Paciente no novo canal, comunitário verbalizando em uso de medicação + WD em uso. Paciente no novo + estáveis do novo.
	10:00	Desfrizado 1000ml de diurese da LUN, não realizado exame conforme procedimento de CS. — <u>Lu. Mariana 1668 na</u>
	11:00	Encaminhado para internação em companhia de familiares. — <u>Lu. Mariana 1668 na</u>
	11:20	Paciente vindo da UPC, apático, lívido, eupneico verbalizando, em uso de Verbalize Fluido, Dem + SD, em companhia de familiares. — <u>Lu. Mariana 1668 na</u>
	13h	Paciente no leito em semi-decúbito lateral com consciência, eupneico, responde os estímulos verbais. Faz uso HVP em isotempnia; eutímica, SVD. — <u>Alisona</u>
02/08/19	14h	Paciente refere ser alérgico a dipirona. Abm medicação epm. — <u>Alisona</u>

22/08/99

16h Segue os exames de equipe. Adm Adriano
 — medicação e pm — Adriano

18h Removido soro terapia e pm —

19h Paciente no leito, colado, dando supresses, etc.
 bolizando, seu uso de Novo Rins. Novo Rins.
 45V, em companhia de familiares —

20h Paciente sem queixas —

21h Paciente mantendo o queixo —

23h Paciente mantendo o queixo —

04 Medicação de horário. —

05 Removendo o soro —

06 Medicação de horário. —

31/09 10:00 Paciente no leito em companhia de familiares
 paciente consciente e orientado respondendo
 as solicitações verbais mantém quadro
 clínico sem queixas fôlego medido
 de 18 litros conforme prescrição.

23/08/19 19h Paciente encontra-se no
 leito acordado supresses
 consciente orientado, colado
 apical ao tórax, consciente
 em uso 02 ACP e com bolizante
 e o outro com soro tórax.

20h Paciente sem queixas até o
 momento. Verificado Temp 37.4°C
 Paciente acorda ruidos e queixas
 de COCO — — — — — Tel Ex 525044

22h Adm - medicações conforme
 prescrições médicas — — — — —
 — — — — — Tel Ex 525044

23h Pate. Queixando-se de dor
 adm. med. Tramal 10mg SOS
 conforme prescrição. — — — — —

24h Rds adm. med. Prodenid 10
 pois a mesma em falta no
 hosp. — — — — —

04h Adm. med. de horário. — — — — —

André Alado Santos
 Eng. Enfermeiro
 COREN-SE 656-865



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente:

Wallace Leandro SCS

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

51

Nº do Prontuário:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

04/08/2019 06h Paciente admitido em UTI com queimadura de 3º grau em 37% da superfície corporal. Queimadura de 3º grau em 37% da superfície corporal.

07:00 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos. Realizada curativo.

10:00 Administrado medicação de horário.

16:00 Administrado medicação de horário.

18:00 Administrado medicação de horário.

04/08/2019 19h Paciente no leito, calmo, consciente, eufórico. Administrado as medicações de horário conforme prescrição médica.

07h No momento paciente encontra-se dormindo. Realizada medicação conforme prescrição.

05/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

08/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

10/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

12/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

14/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

16/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

18/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

20/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

22/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

24/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

26/08/2019 Paciente em tratamento com analgésicos e antibióticos.

Rita Mendes
CO-ENFERMEIRA

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
10/08/19	13:00	Paciente encontra-se no leito, calmo, acordado, com
	19:00	Paciente, orientado, respondendo as solicitações, verbaliza que está com dor no abdômen e no dorso. Recebeu medicação analgésica conforme prescrição.
05/08/19	20h	Paciente no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, apnéico, aciano- tico, quieto, em uso de ARP hidrolizado, segue aos cuidados da enfermagem. ———— Jacqueline dos Santos Melo Téc. Enfermagem COREN/SE 300181TE
	22h	Administrado medicamento de paciente recusou diazepam de horário conforme prescrição. ———— Jacqueline dos Santos Melo Téc. Enfermagem COREN/SE 300181TE
	24h	Administrado medicamento de horário conforme prescrição. ———— Jacqueline dos Santos Melo Téc. Enfermagem COREN/SE 300181TE
	06:00	Administrado medicamento de horário.
6/08	7h	Paciente calmo, consciente, orientado, responde as solicitações verbais, em uso de gesso hidrolizado em ARP, curativo em região abdominal. Segue aos cuidados de enfermagem. ———— Mário 457035 Coren-RN
	8h	Administrado medicamento de horário. Realiza- do banho de aspersão e estêreo do leito.
	10h	Realizado curativo abdominal com bom in- pecto. Acuteu o limbo. ————
	13:30	Encontra-se de alta respiratória, continuando al- vo venoso. Saiu em companhia de fami- liar. ———— Mário 457035 Coren-RN



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Walter William Leandro Santos
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: abdome agudo hemorrágico
CIRURGIA REALIZADA: Laparotomia exploradora + esplenectomia
CIRURGIÃO: Dr. Juliano César
AUXILIARES: Dr. Guilherme Barreto
ANESTESIA: geral ANESTESISTA marco
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH sob anestesia geral
2. Antisepsia + assepsia + colocação de campos estéreis
3. Incisão mediana xifopúbica
4. Inventário da cavidade: sangue livre na cavidade em grande
5. Quantidade, lesão esplênica (grau 4). Sem alterações hepáticas e
6. Realizada esplenectomia deus intestinais
7. Lavagem da cavidade com SFO, 9%
8. Preenchimento do hemotoma: CR
9. Lavagem de compressa: CR
10. Fechamento da aponeurose
11. Sutura de pele
12. Curativo
13. Realizada sutura na palpadora direita

DATA: 01/08/19

Dra. Leilane Barreto Ribeiro
MR Cirurgião Geral
CRM-SE 5741

Assinatura do Cirurgião

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

WILLARE WILLIAN LEANDRO SANTO

REGISTRO:

2009, MBE

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

Laparotomia exploratória

CIRURGIA REALIZADA

Esplenectomia

DATA

07/08/18

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Márcio Cardozo

TÉCNICA ANESTÉSICA

Gaseosa com fentanyl

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

Dr. Júlio

AUXILIAR

ASA

I E

HORA DE INÍCIO

20:45

HORA DE TÉRMINO

21h

ACESSO VENOSO

Punção na D.E.

POSICÃO

D.O.

AGENTES
FLUIDOS

FLUIDOS

CEC
OUTROS

MONITORIZAÇÃO

PA NÃO INVASIVA

L

PVC

PA INVASIVA

TEMPERATURA

ELETROCARDIOGRAFIA

V

DIURESE

OXIMETRIA

V

VENTILAÇÃO

CAPNOGRAFIA

V

PAM

CONDIÇÃO DE ALTA PARA CHUPA

Antes de entrar
em sala de
cirurgia o
Dr. Márcio
Cardozo
controlado

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

EQUIVOCALMENTE

NOME

1ª Dose em: horas

2ª Dose em: horas

3ª Dose em: horas

EQUIVOCALMENTE

Alcance de 10.000ml
de solução
de 0.9% em NaCl 0.9%

ENCAMINHADO PARA: UNIDADE

Dr. Márcio Cardozo

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações): Wallace Vitoriano Leandro Santos

DATA: 01/08/2019

HORA Entrada/sala 05:10 H HORA Saída/sala 06:00 H HORA Incisão H HORA rafia H ALERGIA: Bipirone

CIRURGIÃO: Dr. Julio Cesar 1º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Mano Carlos 2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: CIRCULANTE:

CIRURGIA PROGRAMADA: Laparotomia Exploradora LATERALIDADE

CIRURGIA REALIZADA: A. miopatia ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA ☐NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ ACORDADO ☐ SONOLENTO ☐ TORPOROSO ☐ COMÁTOSOTÉCNICA ANESTÉSICA: ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL INALATÓRIA ☐ GERAL COMBINADA ☒ GERAL BALANCEADA ☐ RAQUIANEST
☐ PERIDURAL C/ CATETER ☐ PERIDURAL S/ CATETER ☐ SEDAÇÃO ☐ BLOQUEIO DE PLEXO ☐ LOCAL

TOT ☐ ARAMADO ☒ COMUM Nº 610 ☐ MÁSCARA LARÍNGEA ☐ TRAQUEÓSTOMO ☐ GUEDEL ☐ SNG ☐ SNE

DISPOSITIVOS: SVD ☐ SILICONE ☐ LÁTEX ☐ SUCÇÃO ☐ D. TÓRAX ☐ D. PIZZER ☐ D. KHER ☐ D. BLAKE ☐ D. PEN

CVC ☐ DL ☐ TL ☐ AVP ☐ CATETER FOGARTY

ASSEPSIA: ☐ PVPI TÓPICO ☐ PVPI ALCOÓLICA ☐ PVPI DEGERMANTE ☒ CLOREXIDINA ALCOÓLICA ☐ CLOREXIDINA DEGERMANTE ☐ CLOREXIDINA AQUOSA

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

☐ BOMBA DE INFUSÃO ☐ DESFIBRILADOR ☐ MONITOR CEREBRAL (BIS) ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ MANTA TÉRMICA ☐ MICROSCÓPIO

☐ FIBROSCÓPIO ☒ MONITOR CARDÍACO ☒ PA NÃO INVASIVA ☐ PA INVASIVA ☒ OXÍMETRO ☒ CAPNÓGRAFO

☐ FOCO AUXILIAR ☒ FONTE DE LUZ ☐ BRONCOSCÓPIO ☐ VIDEOLAPAROSCÓPIO ☐ OUTROS

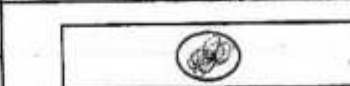
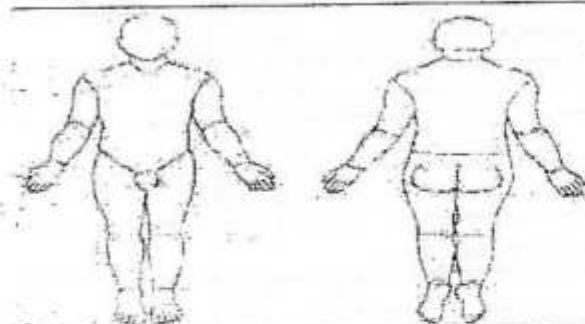
POSICÃO: ☐ DORSAL ☒ VENTRAL ☐ LATERAL DIREITO ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ CANIVETE ☐ TRENDLENBURG ☐ LITOTOMIA

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

BISTURI ELÉTRICO: ☐ BIPOLAR ☐ MONOPOLAR☐ CABEÇA ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ ME

PLACA DE BISTURI

CONTAGEM DE COMPRESSAS



LOCAL: Abdominal direita

• ELETRODOS

≡ INCISÃO CIRÚRGICA

ENTREGUE

RECOLHID

CONTAGEM DE INSTRUMENTAL

ENTREGUE

RECOLHID

SINAIS VITAIS

	SpO2 (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)	GLICEMIA	LPE
PRÉ-OPERATÓRIO	100	120	111/72	-	-	-	-	-
INTRA-OPERATÓRIO								
PÓS-OPERATÓRIO								

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

		SIM	NÃO	NA
1	Dados pessoais confirmados com o paciente+equipe+prontuário+pulseira			
2	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com paciente+equipe+prontuário+exames	X		
3	Termo de consentimento assinado	X		
4	Checado funcionamento do equipamento anestésico			X
5	Alergias conhecidas: <u>Dipirona</u>	X		
6	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração Se SIM, os materiais devem estar disponíveis em sala	X		
7	Avaliado risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos punçoados ou CVC e fluido previsto em sala		Y	

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

		SIM	NÃO	NA
8	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função		X	
9	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	X		
10	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	X		
11	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	X		
12	Materiais e implantes no prazo de validade			Y

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

		SIM	NÃO	NA
13	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas			Y
14	Biópsia identificada com: Nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedimento. Nº de amostras <u>01</u>	X		
15	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento		X	
16	Recomendações especiais para o pós operatório	X		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RA	REGISTRO	ASSINATURA
10	Paciente admitido na 8003 para procedimento cirúrgico de urgência. A contagem e o material necessário foram realizados e o paciente foi levado para a sala de cirurgia. Segue com unidade de enfermagem.	
11	A contagem foi realizada por M ^{te} Nereide que realizou a anotação.	
12	Início do procedimento realizado por M ^{te} Nereide.	
13	Procedimento em andamento.	
14	Fim do procedimento. Paciente encaminhado para a SRPA.	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESCUENTO 0024538.417-4

2.VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO 21/08/2014

NOME

WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS

FILIAÇÃO

JAILTON LIMA SANTOS

WALDIRSE SILVA LEANDRO SANTOS

NATURALIDADE

ARRAIAU-GE

DOC. ORIGINAL

CT. NASCIMENTO NR 26696.11/A 30 FL. 107

DEPART. DO DIST. DA COMARCA DE N.S. DA G. DRIA

047.608.355-00

DATA DE NASCIMENTO
01/02/1999



Exatidão pelo Sr. João Carlos Almeida

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINHO

SECRETARIA DE JUSTIÇA E PUNICION
DIRETORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO



Walter William Dionicio Santos

CARTeira DE IDENTIDADE

Carteira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 0000036512 Nº 013843895278
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 00600103587 RNTRE EXERCÍCIO 2019

NOME
GILMARA SANTIAGO

CIT/CHRG PLACA DEK9531

PLACA ANTAF 966.729.275-49 CHASSI 98D255429D8970087

ESPECIE TIPO CAR/CAMINHONETE/FURGÃO COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO FIAT/FIORINO FLEX ANO/FAB 2013 2013

CAP/POT/CIL 02P/0,62T/71CV CATEGORIA PARTIC COB.PRECEDENTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 178E01115527 - 2 ETXOS

ARACAJU-SE DATA 01/02/2019

LUCIANA C. DE DA CHAGAS DE MELO

SE Nº 013843895278 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

CMT 202 PBT 162

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/02/2019

VA 1 966.729.275-49 PLACA DEK9531

RELAJAM 00600103587 MARCA/MODELO FIAT/FIORINO FLEX

ANO/FAB 2013 2013 CHASSI 98D255429D8970087

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) 5,65 COTA ÚNICA (R\$) 0,62 CUSTO DO SEGURO (R\$) 6,28

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,06 TOTAL A SER PAGO (R\$) 16,77

DATA DE EMISSÃO 01/02/2019

X COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.600/0001-04

NOV-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636655 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

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 ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 26.

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636655 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

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 ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 26.

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Wallace William Leandro Santos
(nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Camada , portador da cédula
de identidade RG nº 3.538.417-4 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 047.838.355-00 , residente na (endereço
completo) Rua Boca da Mata 69683 , na cidade de
Nossa S^a da Glória , (UF) SE , CEP 49680-000 , nomeio e
constituo meu procurador , (nome do representante) Jose Marcos De O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Consultor , portador da cédula
de identidade RG nº 21033809 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00 , residente na (endereço
completo) Rua Dos Silos 69217 , na cidade de
Nossa S^a da Glória , (UF) SE , CEP 49680-000 , a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Wallace William Leandro Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

(local e data) Nossa Senhora da Glória, 11.11.2019

(assinatura) Wallace William Leandro Santos

(RG) 3.538.417-4

SERVIÇOS NOTARIAL E REGISTRAL NAIR ARAÇÃO FETOSA
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Praça da Bandeira, 08 - Centro, CEP 49.600-000 - Fone: (79) 3411-1822 - Nossa Senhora da Glória/SE

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) de:
WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS. Dou fé
Nossa Senhora da Glória/SE, 11/11/2019

Selo T.JSE: 201929556013622 Escrivente Substituto
Acesso: www.tjse.jus.br/uf/PNBNMY
Emolumentos: R\$ 7,37 + FERD: R\$ 1,47 - Total: R\$ 8,84 - Data: 11/11/2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398751/19

Vítima: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS

CPF: 047.838.355-00

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/08/2019

Titular do CPF: WALLACE WILLIAM
LEANDRO SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS : 047.838.355-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636655

Vítima: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALLACE WILLIAM LEANDRO 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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636655

Vítima: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALLACE WILLIAM LEANDRO 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000035780-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047.838.355-00 4 - Nome completo da vítima: Wallace William Leandro 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: Wallace William Leandro Santos 6 - CPF: 047.838.355-00
7 - Profissão: barbeador 8 - Endereço: Rua Boca da mata 9 - Número: 683 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: Marcosdegleira@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.99718.9002

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3303 CONTA: 35780
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ 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 alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória - 14.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA

5067 2250 6980 3833

10/24

10/24

WALLACE WILLIAM L. SANTOS
3303 013 00035780-1

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 110925/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/10/2019 10:06 Data/Hora Fim: 22/10/2019 10:22
Origem: Polícia Judiciária Data: 22/10/2019
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 01/08/2019 10:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: RODOVIA ENTRE APARECIDA A GLÓRIA

Bairro: Povoado
Nº: S/Nº
CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aracaju	Sexo: Masculino	Nasc: 01/02/1999
Profissão: Estudante	Escolaridade: Ensino Médio Completo		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: VALDIRENE SILVA LEANDRO SANTOS		Nome do Pai: JAILTON LIMA SANTOS	
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.838.355-00
RG - Carteira de Identidade: 35384174

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: RUA BOCA DA MATA Nº: 683
Complemento: CASA
Bairro: NOVA BRASILIA CEP: 49.680-000
Telefone: (79) 99943-0635 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição OEK9531	CPF/CNPJ do Proprietário 966.729.275-49
Placa OEK9531	Renavam 00600103587
Número do Motor 178E90111568437	Número do Chassi 9BD255429D8970087
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Número da Carroceria 70638317
Cor BRANCA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo FIAT/FIORINO FLEX

Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes
Data de Impressão: 22/10/2019 10:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 110925/2019

Modelo FIAT/FIORINO FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 01/02/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE O DIA E HORA ACIMA CITADOS VOLTAVA DA CIDADE DE ARACAJU-SE QUANDO APÓS O POVOADO ALGODÃO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E ACABOU CAPOTANDO O O REFERIDO AUTOMÓVEL E DESTA CAPOTAMENTO ACABOU SOFRENDO VÁRIAS LEÕES; QUE NÃO SE RECORDA DE NADA, SO LEMBRA DE TER PASSADO POR APARECIDA; QUE SOUBE QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, QUE APÓS O LEVARAM PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE; QUE A SAMU O LEVOU PARA ARACAJU, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA E ACABOU CULMINANDO COM A RETIRADA DO BAÇO; QUE DESSE PROBLEMA TERÁ QUE RECEBER MEDICAÇÕES E VACINA DEVIDO A PERDA DA IMUNIDADE; QUE ESSA INGESTÃO DE MEDICAMENTOS TERÁ QUE SER FREQUENTE A FIM DE SEMPRE REPOR IMUNIDADE. É ESTE O RELATO.

ASSINATURAS

Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes

Agente de Polícia

Matrícula 2272

Responsável pelo Atendimento

WALLACE WILLIAM LEANDRO SANTOS

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração nos del. origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047.838.355-00 4 - Nome completo da vítima: Wallace William Leandro 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: Wallace William Leandro Santos 6 - CPF: 047.838.355-00
7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Rua Boca da mata 9 - Número: 683 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: marcosdeleite@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.99718.9002

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 35780
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ 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 alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória - 14.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA

5067 2250 6980 3833

1603

10/24

WALLACE WILLIAM L. SANTOS
3303 013 00035780-1

elo