

FICHA OPERATÓRIA



Nome Social:

HOSPITAL GERAL DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DA BAHIA

SESAB
SUS

Nome:

Registro:

Idade:

Sexo:

Data de Admissão:

Unidade: JUVENA

Data: 28/09/17

1. PERIOPERATÓRIO

1.1 PRÉ-OPERATÓRIO - UNIDADE DE INTERNAÇÃO / EMERGÊNCIA

Remoção de: ☒ Adereços ☐ Prótese ☒ Vestuário ☐ Outros

☒ Jejum ☐ Banho ☐ Tricotomia às

☐ Esvaziamento Vesical ☒ Revisão de Prontuário ☐ Reserva Hemoterapia

☐ Outros preparos

Exames encaminhados: ☒ Ex. Laboratorial ☒ Radiologia ☐ Tomografia ☐ ECG ☐ USG ☐ Outros

Sinais Vitais: PA 112 X 69 P 86 FR 17 Temp. 37,1 SPO₂ PAM

Encaminhado ao CC. às 10:44 Ass. Enf.: Ass. Tec. de Enf.:

1.2. TRANSOPERATÓRIO

1.2.1. ADMISSÃO

Cirurgia Programada:

Data: / / Hora: : Alergia: ☐ Não ☒ Sim Dependência, AAS, Telex

Grupo Sanguíneo: Fator Rh: Reserva Hemoterapia: Debrido, Dofex

Pele: ☒ Inteira ☐ Lesão

Patologias: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Hepatite ☐ Cardiopatia ☐ Outros: N/A

Uso de medicamentos / Drogas: N/A

Tabagista: ☐ Sim ☒ Não Etilista: ☐ Sim ☒ Não

Responsável pela informação: ☐ Paciente ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Cônjuge ☐ Outros

1.2.2. ANAMNESE

Nível de Consciência: ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Torporoso ☐ Coma

Mucosas: ☒ Coradas ☐ Descoradas

Extremidades: ☐ Cianóticas ☒ Acianóticas ☐ Aquecidas ☐ Frias ☐ Edemaciadas

Acuidade Visual: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Uso de lentes corretora

Acuidade Auditiva: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Uso de aparelho auditivo

Estado Emocional: ☐ Calmo ☐ Ansioso ☐ Outros:

Observações: Uso de DTP/HSD N 920 (28/09)

11:40 Pac. retornou p/ sutura, será abandonada a 3h

Par. fixado no (OEP) aguardando ECG

Passado p/ médico

3h Recusou no cc

1.2.3. CHECK LIST

Recebido no CC às 13:00 por: Que

Conferido: ☒ Pulseira de Identificação ☒ Prontuário ☒ Exames ☐ Preparo

Equipe na sala às 13:50

Equipamentos: ☐ Arco em C ☐ Manta térmica ☒ Psicobox ☒ Equipamento de Anestesia

☒ Oxímetro ☒ Foco ☒ Monitor Multiparamétrico

1.2.4. INTRA-OPERATÓRIO

Sala nº 02 Admissão na Sala: 13:30 Saida da sala às:

Início da Anestesia: 13:35 Término da Anestesia:

Início da Cirurgia: 14:00 Término da Cirurgia: 15:30

Cirurgia Realizada: conexão de fratura m.v.

Tipo de Anestesia: ☐ Geral ☐ Bloqueio Plexo braquial ☐ Local
☐ Raqui ☒ Peridural ☒ Sedação

Equipe Cirúrgica:

Anestesista: Dr. J. E. de 2º Auxiliar: Dr. João Chaves
3º Auxiliar: 4º Auxiliar:

Enfermeiro: Quella Circulante: Joana

Bisturi Elétrico: ☐ Sim ☐ Não Local da Placa: ☐ Posterior da coxa: D E ☐ Lombar ☐ Dorsal
☐ Panturrilha: D E ☐ Glúteo D E

Nº de compressas abertas: Nº de compressas conferidas:

Serviços Requisitados: ☐ Anat. Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Bco de Sangue

Sinais Vitais Início: TA 104x58 P 90 R Temp. 36.2 SPO₂ 99
Sinais Vitais Término: TA P R Temp. SPO₂

Medicações administradas pela enfermagem:

Procedimentos: Juicio do garoto 14:00 AS 15:30 hs

Intercorrências:

1.2.5. PÓS-OPERATÓRIO

Encaminhado para: ☐ CRPA ☐ UTI ☒ Enfermaria 020A ☐ Emergência ☐ Alta
☐ S.O. ☐ Regulado para:

Em uso de: ☐ Sonda Vesical ☐ SNG/SNE ☐ TOT/TQT ☐ Portovac ☒ Cateter Hidrolisado
☐ PAM ☐ Acesso Central ☐ Sangue ☐ Penrose ☐ Plasma ☐ Venódise
☐ O₂ cateter ☐ Outros:

Exames Encaminhados: ☒ DRX ☐ Laboratório ☐ Tomografia ☐ ECG ☐ RNM
☐ Outros

Documentos Encaminhados: ☒ Ficha Operatória ☐ Folha de Anestesia ☒ Relatório de Cirurgia

1.3. ANOTAÇÕES

Às 15:30h Paciente, 29 anos, encontra-se em SO em POI de osteossíntese de tornozelo direito + fixação com fios-R. Segue em boa condição, eupneica em VE ao AA. Aguarda liberação anestésico.

Vanessa Souza Andrade
Enfermeira
COREN/BA 429.448

Ass. Enf. Vanessa Souza Andrade
Enfermeira
COREN/BA 448

Tec. de Enf.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

2019048601



05328490139 - CNH

DI Emissão: 11/04/2018

Est. Civil: SOLTEIRO

DI Nasc: 06/12/1999

Idade: 29 ANOS

Sexo: FEMININO

BRASILEIRO(A)

End.: N INFORMADO

SALVADOR

BA

CEP:

Tel.: (71) 95667-2855

Mãe: VERA MARIA DE OLIVEIRA

Conduzido por: D. ESPONTANEA

Respons.: GLEICE LORENA CEQUER CHRISTOVAM

Título: MADRINHA

Nome Social:

Admissão: 28/09/2019 -- 01:24:35

CNS:

IRACI SANTOS

Data: 28/09/2019 IDADE: 29 SEXO: Fem. SETOR: Orto A LEITO: 01

1. AVALIAÇÃO INICIAL

1.1 QUEIXA PRINCIPAL:

Fratura de TN2 D sec. a acidente automobilístico

1.2 MOTIVO DO INTERNAMENTO

☐ Clínico ☒ Cirúrgico

1.3 ORIGEM

1.4 RELIGIÃO

1.5 PROFISSÃO

1.6 PESO

1.7 ALTURA

1.8 GRUPO SANGÜÍNEO

1.9 FATOR RH

1.10 ANTECEDENTES CLÍNICOS:

☐ Asma ☐ DM ☐ HAS ☐ DST ☐ Tuberculose ☐ Úlcera Gástrica/Péptica ☐ Hepatite ☐ Epilepsia

☐ Cardiopatia ☐ Neoplasia ☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Outros: Nega.

1.11 ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:

Nega

1.12 ALERGIAS:

☐ Não ☒ Sim ☐ Medicamentos

Quais: Difenidramina, AAS, Paracetamol, Dicofenaco

☐ Alimentos

Quais:

☐ Outros

Quais:

1.13 MEDICAÇÕES EM USO

NOME

INTERVALO

NOME

INTERVALO

1.14 DADOS VITAIS: PA: FC: FR: T°:

1.15 PRÓTESE: EM USO: ☐ Não ☐ Sim Tipo: RETIRADO POR:

1.16 EXAMES:

☒ RX TN2 D+C ☐ ECO ☐ ECG ☐ TC ☐ EDA

☒ Laboratório: ☐ Fezes ☐ Urina ☐ Sangue ☐ Outros:

2. SONDAS, CATETERES E OUTROS - EM USO

DATA	TIPO	LOCALIZAÇÃO	DATA	TIPO	LOCALIZAÇÃO
28/09	AVP	RSD			

3. AVALIAÇÃO DE RISCO

3.1 RISCO	3.1.1 QUEDA	3.1.2 ULCERA POR PRESSÃO	3.1.3 FLEBITE	3.1.4 GRAVIDADE DA FLEBITE
3.2 ESCORE	2		2	
3.1 RISCO	3.1.5 TVP	3.1.6 PERDA DE DISPOSITIVO	3.1.7 EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	3.1.8 BRONCOASPIRAÇÃO
3.2 ESCORE				

4. EXAME FÍSICO

4.1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado
☐ Coma ☐ Delírio ☐ Narcoze ☐ Semi-Narcoze ☐ Hipoativo
Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas: ☐ Miose ☐ Midríase ☒ Fotorreagentes: ☒ - ☐ ☐ ☐
Escala de Coma de Glasgow: Abertura Ocular: ☐ Resposta Verbal: ☐ Resposta Motora: ☐ TOTAL: ☐

4.2. AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

☒ Íntegra ☐ Ictérica ☐ Ressecada ☐ Cianótica ☐ Fria ☐ Descamativa ☐ Turgor Diminuído
☐ Corada ☐ Descorada: ☐ Lesões: ☐
☐ Úlcera por Pressão: ☐ Outros: ☐

4.3. CABEÇA E PESCOÇO

☐ Edema ☐ Gânglios ☐ Curativo ☐ Colar Cervical ☐ Rigidez de Nuca ☐ Estase de Jugulares
☒ Íntegros ☐ Lesões: ☐
☐ Outros: Boca: ☐ Nariz: ☐ Ouvido: ☐

4.4. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Tórax ☒ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Drenos: ☐ Entubado ☐ Em uso de Oxigênio
☐ Traqueostomizado ☐ Lesões: ☐ Outros: ☐
Respiração: ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Dispneia ☐ Torácica ☐ Abdominal ☒ Eupneia
Ausculta: ☒ MV ☐ Creptos ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Tosse: ☐

4.5. AVALIAÇÃO CARDÍACA

PULSO: ☒ Rítmico ☐ Arritmico ☐ MARCAPASSO: ☒ Não ☐ Sim ☐ Definitivo ☐ Temporário

4.6. AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

Abdômen: ☐ Tenso ☐ Doloroso ☐ Indolor ☐ Plano ☒ Flácido ☐ Timpânico
☒ Globoso ☐ Distendido ☐ Ascítico ☐ Escavado ☐ Colostomia ☐ Jejunostomia
☐ Lesão: ☐ Ausculta: ☐ RHA+ ☐ RHA-
Eliminações: ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Diarreia ☐ Pastosa ☐ Vômitos ☐ Hematêmese ☒ Normais
Drenos: ☐ Tubular ☐ Penrose ☐ Portovac ☒ Última dejeção: 24/09/19 ☐ Ausente

4.7. GENITÁLIA

☒ Íntegra ☐ Edema ☐ Sangramento ☐ Secreções: (cor) ☐ (odor) ☐ Lesões: ☐
☐ Dermatite Amoniacal: ☐ Outros: ☐

4.8. AVALIAÇÃO RENAL - DIURESE

Aspectos: ☒ Clara ☐ Concentrada ☐ Piúria ☐ Hematúria
Volume: ☐ Poliúria ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Ausente no momento ☒ Normal
Espontânea: ☒ Fralda ☐ Aparadeira / Papagaio ☐ Dispositivo Urinário
Cateter: ☐ S. Vesical ☐ Citostomia ☐ Nefrostomia ☐ Retenção Urinária: ☐ Sim ☒ Não

4.9. MMSS E MMII

☒ S/Alteração ☐ Imobilização ☐ Hematoma ☐ Equimoses ☐ Edema ☐
Pulsos Periféricos ☒ - ☐ Local: Braquial ☐ Lesões: ☐
☐ Outros: ☐ Perfusão: ☐ Amputação: ☐

5. ESTADO EMOCIONAL / HUMOR

☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Preocupado ☐ Triste ☐ Outros: ☐

6. PADRÃO DE SONO

☒ Preservado ☐ Insônia ☐ Faz uso de medicação: ☐

7. PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Paciente calma, orientada e ATB por 48 horas após procedimento cirúrgico.

Jefferson Santos Dantas
Enfermeiro(a) / COREN

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ADMISSÃO / ENFERMAGEM - EME



Registro

2019048601

Admissão

28/09/2019

Idade

34 ANOS

Nome

SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

Data do Atendimento

28/09/2019

Hora da Classificação

01:30:04

Hora do Atend. Médico

Classificação

AMARELO

Meio de acesso

Dem. Espontânea

Especialidade

Trauma (Ortopedia)

Queixa Principal

PACIENTE REFERE DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM AMBOS AS PERNAS APOS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 6 HORAS.

Estado Geral

Nível de Consciência

LOTE

Pele / Mucosa

Corado

Abdome

...

Edema

...

História Pregressa

NGA COMORBIDADES

Uso de

...

Sinais Vitais

PA

112X81 mmHg

FC

78 bpm

FR

ipm

SatO2

99 %

Temp.

°C

HGT

mgdl

Dor

8

Controles

Peso

Altura

Perfil

Port. Deficiência

Não

Qual?

Trauma?

Etiologia

Sim

Alergias

Qual?

Sim

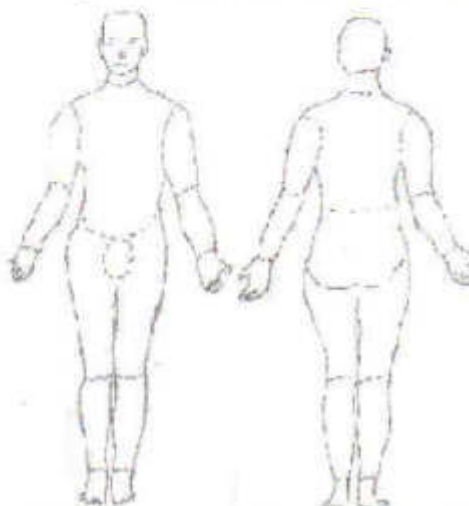
DIPIRONA; AAS; DICLOFECACO; PARACETAMOL

Medicações em Uso

Assinatura / Coren

Fernanda Lima C. Queiroz
COREN-BA:000449100 - ENFERMEIRA

Localização de Traumas, Feridas e Curativos



A-Ajudar E-Clonar T-Four M-Master O-Observe R-Report U-Use

7.2 POSIZIONAMENTO NO LETO

Absoluto	Relativo	Cabeceira	6"	7"	8"	9"	10"
7.3 DIETA		7.4 CURATIVO					
Dieta Zero	Jejum a partir de	Local:	Usar:				
Dieta Oral	SNE/GTM	Local:	Usar:				
SNG/SNE sob aspiração		Local:	Usar:				

7.5 EXAMES SOLICITADOS

ECG	☐ Agendado	☐ Realizado	Raio X	☐ Agendado	☐ Realizado
Ex. Lab.	☐ Agendado	☐ Realizado	USG	☐ Agendado	☐ Realizado
RNM	☐ Agendado	☐ Realizado	TAC	☐ Agendado	☐ Realizado

7.6 SINAIS VITAIS

[illegible]

8. ASS. ENF. / COREN

9. Date 28/09

10. REGISTRO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	CONTATO
28/09	02:10	Presente vítimas de acidente automobilístico com trauma em torso, dor e edema local, nega consciência prévio e sofreu alguns AINES. Segue aguardando conduta médica.
28/09	8:30	Realizado banho no leito + troca de lençol + Camisinha, segue de volta para cuidar aos cuidados da equipe

Aline C. Bina Cruz
 COREN-SP 4467 EN
 Intensivista

Edilene
 768-188

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Nome Social: _____

Nome: _____

SAARA DAMELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

Registro: _____

48601

Data: _____

28/09/19

Hora: _____

:

Sector: _____

SUFUBA UNIV A.

Leito: _____

04

☐ ODONTÓLOGO / CBMF

☐ PSICÓLOGO

☐ ASSISTENTE SOCIAL

☒ ENFERMAGEM

☐ FISIOTERAPEUTA

☐ NUTRICIONISTA

☐ TERAPIA OCUPACIONAL

☐ OUTROS

Data/Hora

28/09/19 - 07:30h. LAMA, DTE, COMUNICATIVA, MELIA ALERGIAS E OUTRAS IMORBIDADE, APRESENTA FRATURA EM MMII DESJUNDO A AUMENTE DE LARGO, EUPHEIA EM AR SUBJUNTE, CORADA, EM DIETA ZED AGUARDANDO CIRURGIA, EVOLUI SEM QUAISQUER COMPLICAÇÕES

10:44

Encaminhado paciente ao C.C. e 28/09 12:30 EM REPO, REFUTE ALERGIAS A DIAPOMA, AAS, PARA USJAMON E DICLOFENACO, EM USJAMON AO C.C.

28/09/19 18h

Paciente admitido nesta unidade Orto A proveniente do Centro Cirurgico em POI de Osteossintese de fratura de tornozelo Direito sic a acidente automobilístico, apresentando pouco em REPO e HTE, nega alergia. No momento, calma, lucida, orientada, eupneica, afévil, dieta oral, eliminação espontânea, nega diurese após cirurgia, refere alguns assentos no 03 dias, extremidades perquiridas. Nega comorbidades; refere alergia à dipirona, paracetamol, AAS e Diclofenaco. Que uso AUP MSD 28/09, sem sinais de febre. Segue das unidades

19h

Paciente no leito sem queixas.

29/09

06h

Paciente com as perdas noturnas sem queixas, as 06h paciente refere alga em mmii, medicada com.

29/09

Paciente encontrada no leito, lucida, orientada

08:00h

comunicativa, em uso de xaxoxol em MS medicada e P.M. ordenado SSU

09:00h

Realizado banho no leito, troca de lençol

10:00h

Administrado medicação de horário e P.M.

10:10

Realizado curativos com SF09.

10:20

Se queixou de alga foi medicada com tramal + paracetamol, e P.M.

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora	
29/9	Encontro - 2 no leito, mãe, orientado, afil, experiente, com 1º DPO osteossintese
11:00	do tornozelo D, edema do tornozelo com afil's sendo medidos; contando dist. VO
16:00	Administração medicação de horário e P.M.
8:00	Curso sem queixas no momento e P.M. — Lara Dafiane Santana Souza COREN-BA 1141645-TE
9:00	Paciente no leito, afil, experiente, calma, suja — Iracione S. Souza COREN-BA 72.710-TE
21:00	Feito AVP MSE gelco do flanco sem queixas mesmo as condições da equipe de enfermagem. Iracione 727276
01/10/19	Encontro - 2 no leito, mãe, orientado, afil, experiente, verbalizando, afil, 3º DPO de osteossintese de tornozelo D e E com queixas edematosas, extremidades perifericas, afil, os pés, contando dist. dos dedos de
11:30	manos, sem uso de AVP em MSD sem queixas
16:00	Adm medicação de horário e P.M. — Iracione 727276
06:50	Deixou as condições da equipe de enfermagem — Iracione S. Souza COREN-BA 72.710-TE
8h	Paciente encontrado no leito calma, lucido, reage pelo estímulo
12h	Paciente cursem pericula sem queixas, suja
30/09	Paciente 27 anos (sem queixas), sem queixas, pelo SSVV, sem alterações — Lemilson Chagas Santos COREN-BA 322061-TE
30/09	Paciente saiu de alta hospitalar em companhia de seu familiar. levando relatório de alta, exames laboratoriais, películas de RX e solicitações de RX, receita médica, retirado acesso periférico pelo enfermeiro, sem queixas, em cadeira de rodas. — EGUS glen — Mariana — em COREN-BA 36037-ENF



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
HOSPITAL GERAL DO ESTADO

Salvador, 25 de novembro de 2019

RELATÓRIO MÉDICO HOSPITALAR

Paciente: SAARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

Prontuário HGE-SUS número: 048601

Paciente admitida no dia 28/09/2019 às 01h24min.

História de acidente automobilístico com relato de uso do cinto de segurança. Na oportunidade apresentava edema e deformidade nos pés. Glasgow 15.

Encaminhada ao serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento para realizar exames radiológicos.

Após a avaliação dos especialistas (Cirurgia Geral e Ortopedia), foi encaminhada ao centro cirúrgico no dia 28/09/2019 para sob anestesia submeter-se à osteossíntese para tratamento de fratura luxação do tornozelo direito e fratura de Lisfranc à esquerda. Fez uso de hidratação, antibiótico, analgésicos, anti-inflamatório e sintomáticos.

A paciente permaneceu hospitalizada, quando medicada e orientada a acompanhamento ambulatorial, obteve alta desta Unidade em 30/09/2019.

O Médico que assina este relatório, em momento algum, participou no atendimento ao paciente

MÉDICO DO SAME

Obs. Este relatório, elaborado com dados contidos no prontuário médico, não substitui o atestado de invalidez temporária ou permanente. Só poderá ser utilizado para continuidade de tratamento, o estado atual do paciente requer a avaliação de Perito Médico. O seu uso para outra finalidade é responsabilidade exclusiva do paciente. Os dados contidos neste relatório deverão ser mantidos em Segredo Ético Profissional e de justiça, que só poderão ser revelados com autorização por escrito do paciente (art. cinco, inc. X, da Constituição. Art. 154 do código penal).

Dr. Fernando Cal Garcia Filho
CRM: 8163
Médico do SAME / HGE

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Nome Social:

Nome:

Registro:

Data:

Hora:

Sector:

Leito:



HOSPITAL GERAL DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DA BAHIA

SESAB
SUS

☐ ODONTÓLOGO / CBMF

☐ PSICÓLOGO

☐ ASSISTENTE SOCIAL

☐ ENFERMAGEM

☒ FISIOTERAPEUTA

☐ NUTRICIONISTA

☐ TERAPIA OCUPACIONAL

☐ OUTROS

Data/Hora

30.09

(H)

Pde sexo F, 29 anos, vítima de acidente de carro, com consequente fratura-luxação do tornozelo + fratura pé E (lateral) submetida a cirurgia 28/09: 01 Placa + 2 fios de K. Encontrada em 11 no leito, lóte, eupneica, colaborativa, em VE ao AA, PMV confortável, com episódios de vômitos. Informo à equipe de enfermagem. Realiza monitorização Respiratória, PR's, Posicionamento. Alimento sem intercorrências.

Dra. Alina Cristina Mesquita
Fisioterapeuta
CREF 130 140575-F

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



HOSPITAL GERAL DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DA BAHIA

SESAB
SUS

Nome Social: Sandra Damiana D. de Azevedo

Nome: _____

Registro: _____ Data: 29/09/19 Hora: _____

Setor: P. A. MANA Leito: _____

- ☐ ODONTÓLOGO / CBMF
 ☐ PSICÓLOGO
 ☒ ASSISTENTE SOCIAL
 ☐ ENFERMAGEM
☐ FISIOTERAPEUTA
 ☐ NUTRICIONISTA
 ☐ TERAPIA OCUPACIONAL
 ☐ OUTROS _____

Data/Hora: 29/09/19 5:00h
Pcte especifica de auto. Prontuário
de amigo, Sr. Talita Azevedo Chequer. Cel.: 99980-0616.



08/09/19 10h 29/09/19 10h
Pcte admitida nessa enfermaria, lúcida,
29 anos de idade, refere que é
de Aracaju-SE, não tem familiares
em SSA, estava de passagem,
hospedada na casa de uma
amiga, Sra. Talita, a qual é
a referência de contato. Orientamos
sobre normas da enfermaria.

Fonseca
CRESS 2716

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 038.714.055-74 Nome completo da vítima: SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

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

Nome completo: SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA CPF: 038.714.055-74
Profissão: Advogada Endereço: Av. Dep. Raimundo Diniz Número: 14 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Anacapu Estado: SC CEP: 49038-313
E-mail: marcosdgloria@gmail.com Tel. (DDD): 29.99389207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3570 CONTA: 13051 6
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 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.

Local e Data: J. Sra. Da Glória 04.12.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ªCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2ª COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - ENTRE RIOS

Servidor: 203524013 - JIDIVAN DE SALES SANTOS

Origem

Descrição: Policial

Data do Documento:

Número:

Órgão Origem:

Autoridade Requisitante:

Data Recebimento:

Hora Recebimento:

Encaminhamento:

Dados do Fato

Tipo: Delituoso

Data: 27/09/2019 às 18:15h

Histórico:

POR VOLTA DAS 20:20, DO DIA 27/09/2019, ESTE PLANTÃO FOI INFORMADO PELO CB PM RICARDSON DARLAN SANTANA FONSECA, CADASTRO 30.388392 5, A RESPEITO DE UM ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NA BA 099, KM 87, NA LINHA VERDE, ONDE O VEICULO FORD ECO/SPORT PLACA PWM4J53, CONDUZIDO POR LENIVAL LEITE DE LACERDA, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, COM O VEICULO CHEV/SPIN, PLACA OUI4734-SE, CONDUZIDO POR: JOSE CARLOS DE ARAUJO SANTOS, ESTAVA NO ECO SPORT TAMBÉM A PESSOA DE: GRAZIELE OLIVEIRA BARROS, E NA CHEV/SPIN, A PESSOA DE SARA DANIELE DE OLIVEIRA DA SILVA, AMBAS SOFRERAM PEQUENOS FERIMENTOS E FORAM, ENCAMINHADA AO POSTO DE SAÚDE DE PORTO DE SAUIPE, JÁ OS VEÍCULOS, FORAM REMOVIDOS PARA O POSTO DA POLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL DE PORTO DE SAUIPE.

Endereço Principal: Rod. BA 099, Nº 00, RODOVIA, PORTO DE SAUIPE/SUBAUMA, ENTRE RIOS, BA - BR CEP: 48180-000

Infração Penal

Natureza	Legislação	Referência
LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO	LEI 9503: Art. 303	.

Pessoas Envolvidas



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ªCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2ª COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Pessoa Física

JOSE CARLOS DE ARAUJO SANTOS, CPF: 661.210.195-49 RF, Sexo Masculino, Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO SANTOS, Pai: JOSE DAMIÃO DOS SANTOS, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Aracaju (SE) - SERGIPE - BRASIL, Nascido em: 19/04/1975, Casado(a), Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereco: R. EZEQUIEL PROFETA MELO, Nº 05, SÃO CONRADO, ARACAJU, SE - BR, Telefone Celular: 79998034084

LENIVAL LEITE DE LACERDA, Carteira de Identidade: 01042290-04 SSP/BA, Sexo Masculino, Mãe: LEONOR IMPROTA LEITE, Pai: LOURIVAL TEIXEIRA DE LACERDA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Salvador (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 22/01/1956, Divorciado(a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,73m, Cabelo: Grisalhos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Liso, Barba: Rapada, Bigode: Fino, Não informado, Cicatriz: Dedo(s) da mão esquerda, Endereco: R. GUSTAVO DOS SANTOS, Nº 01, BOCA DO RIO, SALVADOR, BA - BR, Telefone Residencial: 7185416778

RICARDSON DARLAN SANTANA FONSECA, Matrícula: 303882925, Cargo: Soldado PM 1ª Classe, Organização: PM-BA, Sexo Desconhecido, Servidor Público da SSP-BA, Matrícula: 303882925, Cargo: Soldado PM 1ª Classe, Unidade trabalho: BPChq

SARA DANIELLE DE OLIVEIRA SILVA, Carteira de Identidade: 2019048601 SSP/BA, Sexo Feminino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Ignorada, Não informado

Envolvimento

Autor

Autor/Vítima

Comunicante

Vítima

Objetos Envolvidos

Descrição

VEÍ-19-46981 - Veículo: VEICULO QUE ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO., Espécie: AUTOMÓVEL, Placa: PWM4J53, Modelo: Ford Ecosport 2.0 16v 4wd, Cor: Prata, Ano: 2015/2015, RENAVAM: 01059381327

Pessoa Relacionada com o Objeto

LENIVAL LEITE DE LACERDA, Carteira de Identidade: 01042290-04 SSP/BA, Sexo Masculino, Mãe: LEONOR IMPROTA LEITE, Pai: LOURIVAL TEIXEIRA DE LACERDA

Descrição

VEÍ-19-46982 - Veículo: VEICULO QUE ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO., Espécie: AUTOMÓVEL, Placa: OUI4734, Modelo: Chevrolet, Cor: Prata, Ano: 2013/2013, RENAVAM: 00544097939, Município: ARACAJU Sergipe

Envolvimento

Danificado

Tipo de Relacionamento

Condutor

Envolvimento

Danificado



Gerado por: LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ªCRPN ENT RIOS-BO-19-01642

Data: 27/09/2019 às 20:27h

Unidade: 2ª COORPIN - ENTRE RIOS

Delegado: 126027291 - LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Objetos Envolvidos

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

JOSE CARLOS DE ARAUJO SANTOS , CPF: 661.210.195-49 RF,
Sexo Masculino, Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO SANTOS, Pai:
JOSE DAMIÃO DOS SANTOS

Condutor

Ocorrência aditada em 08/10/2019 às 11:09h , por LUIS ENOCK PASSOS SOUZA.

Responsável: _____

LUIS ENOCK PASSOS SOUZA

Código de autenticidade da certidão: 6e59dc41-39da-464f-9de2-2baf110bb69b

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 038.714.055-74 Nome completo da vítima: SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA

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

Nome completo: SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA CPF: 038.714.055-74
Profissão: Advogada Endereço: Av. Dep. Raimundo Diniz Número: 14 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Anacapu Estado: SC CEP: 49038-313
E-mail: marcosdgloria@gmail.com Tel. (DDD): 29.99389207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3570 CONTA: 13051 6
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 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.

Local e Data: J. Sra. Da Glória 04.12.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

SARA DANIELLE DE OLIVEIRA DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTOGATENDIMENTO - AG MELICIO MACHADO
DATA: 02/12/2019 HORA: 10:42:21
TERMINAL: 35701004 CONTROLE: 357010040189

AGENCIA: 3570 - MELICIO MACHADO
CONTA: 013.00013051-6
CLIENTE: SAARA DANIELLE DE OLIVEIR

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/11	
09/11	
10/11	
12/11	
20/11	

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			6,620
Novembro			
05/11	000000	REM BASICA	0,000
09/11	000000	REM BASICA	0,000
05/11	000000	REM BASICA	0,000



AUTOGATENDIMENTO - AG MELICIO MACHADO
DATA: 02/12/2019 HORA: 10:42:21
L: 35701004 CONTROLE: 357010040189

: 3570 - MELICIO MACHADO
013.00013051-6
: SAARA DANIELLE DE OLIVEIR

XTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

POR DATA LIMITE
DS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

	VALOR
	0,01
	5,62
	0,16
	0,81
	4,04

TAÇÃO		
NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR		6,620
Novembro		
05/11	000000	REM BASICA
09/11	000000	REM BASICA