

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

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127103

Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200127103 **Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO**
Data do Acidente: 16/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001153-3

Conta: 0000022155-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200127103 **Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO**

Data do Acidente: 16/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| 5 - Nome completo: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO | | 6 - CPF: 136.735.914-00 | | |
| 7 - Profissão: AGRICULTOR | 8 - Endereço: SILVANE | 9 - Número: 210 | 10 - Complemento: CASA | |
| 11 - Bairro: RURAL | 12 - Cidade: TAQUARISSA DO NORTE | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 55490-000 | |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): 1819.9665-0154 | | | |
| 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: | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POLUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | | |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> | CONTA: <input type="text"/> | AGÊNCIA: 1153 | CONTA: 22.155 | (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: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

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 à pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TAQUARISSA DO NORTE, 16 DE MARÇO DE 2020.**

X caio cesar da silva nascimento.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ºCIRC.DJINTER1/17/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0220000086

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/02/2020 às 16:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2019 às 01:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, RODOVIA PE 130** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO SÍTIO AÇUDINHO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIA MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR (OUTRO)
ALISSON AUGUSTO XAVIER DA SILVA (OUTRO)
JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO (OUTRO)
CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR.

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2019 às 01:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, RODOVIA PE 130** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO SÍTIO AÇUDINHO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIA MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO (OUTRO)
ALISSON AUGUSTO XAVIER DA SILVA (OUTRO)
JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO (OUTRO)
NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR.
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

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

CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mé: **CLAUDIA MARIA DA SILVA** Pai: **NIVALDO PEREIRA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **4/1/1998** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10330704/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 210, SÍTIO CUMBE, 210, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR (não presente ao plantão) - NIC: **104648** Sexo: **Masculino** Mé: **CLAUDIA MARIA DA SILVA** Pai: **NIVALDO PEREIRA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **18/6/1995** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9401250/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 210, SÍTIO CUMBE, 210, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ALISSON AUGUSTO XAVIER DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

CLAUDIA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mé: **ESMERALDINA MARIA DA SILVA** Pai: **FRANCISCO VICENTE DA**

SILVA Data de Nascimento: 24/2/1974 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 210, SÍTIO CUMBE, 210, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

HONDA NXR 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALISSON AUGUSTO XAVIER DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKK8218 (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: 215989155 Chassi: 9C2KD0520AR049460
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCO/GASOL

HONDA CG 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIR5812 (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: 956289070 Chassi: 9C2KC0810BR133239
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA 16/12/2019 POR VOLTA DE 01H00 DA MADRUGADA, O SEU FILHO CAIO CESAR DA SILVA PILOTOAVA A MOTOCICLETA DE PLACA KIR-5812 PELA RODOVIA PE 130 NO SENTIDO DESTA CIDADE AO POCOADO PLACAS, E AO TRAFEGAR NO SÍTIO AÇUDINHO, POR MOTIVO IGNORADO, COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA KKR-8218 PILOTADA POR NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO. COM O ACIDENTE AMBOS OS PILOTOS SOFRERAM LESÕES GRAVES ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UNIDADES DO SAMU AO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA DESTA CIDADE, ONDE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE, OS QUAIS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO, PORÉM A VÍTIMA NIVALDO DA SILVA NASCIMENTO JUNIOR NÃO RESISTIU A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS E NO DIA 22/12/2019 VEIO A ÓBITO NO REFERIDO HOSPITAL, CONFORME BO PCPE 19E0334001745.

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

x Claudia Maria da Silva.

CLAUDIA MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: JAIRO DE LIMA BEZERRA - Matrícula: 319937-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| 5 - Nome completo: | CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO | | 6 - CPF: | 136.735.914-00 |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: | AGRICULTOR SI LUMBE 210 CASA |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: | RURAL TAQUARI TINGA DO NORTE PE 55490-000 |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): 1819.9665-0154 | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 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: | | | | |

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

| | | |
|-----------------------|---|---|
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: | <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) |
|-----------------------|---|---|

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POLUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |
| AGÊNCIA: _____ | Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL |
| CONTA: _____ | AGÊNCIA: 1153 CONTA: 22.155 DIGITO: 4 |
| (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

| |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 | 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ |
| | 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | Assinatura da testemunha |
| | 37 - Assinatura de quem assina à pedido (a rogo) | 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ |
| | | Assinatura da testemunha |

| | | |
|--|---|---|
| 40 - Local e Data, TAQUARI TINGA DO NORTE, 16 DE MARÇO DE 2020. | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) X caio cesar da silva nascimento. | 43 - Assinatura do Procurador (se houver) |
|--|---|---|

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000000022155-4

Nr. da Autenticação DA1495B4D2C526EF



CELPE

MOTATRASCA • FATTURA • CONTA DI ENERGIA ELETTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ: 10.446.090/0001-08 | Inscrição Estadual: 0006343-83 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

Class 100 Meets Day 511, VA

CPF 291 6911 244-68 HRS 16202811836

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SÍ CLUBE 210

CLUBE TAQUARITINGA DO NORTE RURAL
TAQUARITINGA DO NORTE PE
65790-000

CLASSEIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIA PENDA, COM NIS
NossaPraia

| SEARCHED | INDEXED | FILED |
|------------|-------------|------------|
| 08451133 | UNCA | 28/01/2020 |
| 28/01/2020 | 20014-00174 | 3653637 |

GOSTA CONTRATO NÚMERO
7002982263 01/2020
DATA DE EMISSÃO DATA DE PAGAMENTO
04/02/2020 26/02/2020
TOTAL A PAGAR R\$ 26,84

| DESCRICAO DA NOTA FISCAL | | | |
|--|------------|-------------|-------------|
| | QUANTIDADE | PRECO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo-TUSD ate 30 kWh | 30.0000000 | 0,1063988 | 3,0 |
| Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh | 50.0000300 | 0,17233481 | 8,6 |
| Consumo-TE ate 30 kWh | 30.0000000 | 0,08250394 | 2,7 |
| Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh | 50.0000000 | 0,15857919 | 7,9 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,5 |
| Contrib. Num. Fazenda Municipal | | | 3,7 |

TOTAL TIME: 8:18

258

www.silvano.com.br | 11 99999-9999 | WhatsApp: 11 99999-9999

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|------------|-----------|---------------|-----------|--------|---------------|-------|
| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) | |
| 3618236003 | CAT | 28-12-3319 | 14 950,00 | 29-01-2027 | 14 950,00 | 71 | 1 0000 | 80,00 |

NET OF VARIOUS PRODUCTIVE

INFORMAÇÕES
Para que o seu dia seja mais leve, acreditamos que é importante que você saiba o que está acontecendo. Nossa intenção é informar os detalhes da ação, os resultados obtidos e as ações futuras. Mas, é importante lembrar que a ação é um processo contínuo, que não se limita ao resultado final, mas ao longo do tempo de formação das competências. Por isso, é importante que você permaneça atento ao resultado final, mas também ao processo de formação das competências.

Autorizado por el
Secretario de Hacienda y Crédito
Publico, Dr. Arturo
Serrano, en el año de 1910, para
comercio, con la base establecida
anteriormente.

| DURADA E FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS | | | | |
|-----------------------------------|-------------|---------------|---------------|--------------|
| QUANTITATIVO | VALOR MÉDIO | LIMITE MÍNIMO | LIMITE MÁXIMO | LIMITE ANUAL |
| DIC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,00 |
| FIC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,00 |
| DRIC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,00 |

Linha com N.º 100 - 0,00 - Valor da Resposta de Auto do Sistema de Operações.

| ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS | | |
|-------------------------|------------------------|-----|
| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (%) | |
| 220 | 202 | 231 |

CONTA CONTRATO MÉS ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 00100002763 01/2020 04/02/2020 26,64

DADOS DO CLIENTE: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES - ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, 64

CPF: 574 940 534-66

CENTRO/SUR/LBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO:
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO: 0523279033 | MÊS/ANO: 02/2020

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO |
|-------------------|---------------|-----------------|
| 095155786 | UNCA | 04/03/2020 |
| Nº DO DOCUMENTO | Nº DO CLIENTE | Nº DA FATURAÇÃO |
| 04/03/2020 | 2000222539 | 3154147 |

DATA DE VENCIMENTO: 11/02/2020 | DATA DE PAGAMENTO: 04/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$): 413,81

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| Consumo Ativo (Wh)-TUSD | QUANTIDADE: 481.0000000 | PREÇO (R\$): 0,42167851 | VALOR (R\$): 194,39 |
| Consumo Ativo (Wh)-TE | 481.0000000 | 0,35464951 | 162,40 |
| Acessório Bandeira-AMARELA | | | 7,49 |
| Centro Ilum Pública Municipal | | | 38,86 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 083561008-07/11/19 | | | 0,43 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 087453098-09/13/19 | | | 2,84 |
| Multa por atraso-NF 081370408-07/01/20 | | | 5,89 |
| Juros por atraso-NF 081370408-07/01/20 | | | 0,18 |
| Atualização IGPm-NF 081370408-07/01/20 | | | 0,56 |

TOTAL DA FATURA:

413,81

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA | DATA ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE |
| 31541478 | UF-01-2020 | 03/12/2019 | 22.980,00 | 04/02/2020 | 22.980,00 | 30 | 1.00000 |

| HISTÓRICO DE CONSUMO | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | |
|----------------------|-------------------------|---|------------------|------------------------|------------|--------|
| | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | Despesas de energia | R\$ | 10,00% |
| FEV19 461 | | | | Irregularidade | R\$ 13,80 | 3,27% |
| JAN20 354 | | | | Irregularidade (Celpe) | R\$ 87,58 | 22,80% |
| DEZ19 488 | | | | Perc das despesas | R\$ 26,00 | 7,12% |
| NOV19 386 | | | | Enegaria Salarial | R\$ 38,42 | 9,57% |
| OUT19 338 | | | | Irritante | R\$ 106,80 | 26,14% |
| SET19 342 | | | | Total | R\$ 261,37 | 100% |
| AGO19 287 | | | | | | |
| JUL19 278 | | | | | | |
| JUN19 386 | | | | | | |
| MAR19 454 | | | | | | |
| ABR19 455 | | | | | | |
| MAR19 428 | | | | | | |
| FEV19 421 | | | | | | |

TAXAS ADICIONAIS: Consumo Ativo (Wh)-TE 0,21000000

REMESSA AO FIM:

302C 76888 6285 1010 8334 FE86 D333 D677

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Este aviso de tarifa é destinado ao consumidor final, que é aquele que não é fornecedor de energia elétrica. Ele informa sobre os direitos e deveres do fornecedor e do consumidor, bem como sobre as regras de cobrança de tarifas e impostos. O consumidor deve ler atentamente este aviso de tarifa, pois ele contém informações essenciais para o seu direito ao consumo de energia elétrica. Ele também informa sobre as regras de cobrança de tarifas e impostos.

Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - Recife - PE - CEP 50020-000. Telefone: (81) 3211-1111. Horário de atendimento: das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. No caso de emergência, pode ser feita uma ligação gratuita para o número 100. O fornecedor de energia elétrica é a Companhia Energética de Pernambuco S.A. (CELPE). O fornecedor de energia elétrica é responsável por fornecer serviços de qualidade e segurança ao consumidor. O fornecedor de energia elétrica é responsável por fornecer serviços de qualidade e segurança ao consumidor.

| SOMAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES | | | | | NÍVEL DE TENSÃO | | |
|--------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|------------------------|--|
| SUMA DE DIALENTO | QUIMPS APURADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (%) | |
| B1C | 0,00 | 3,56 | 6,72 | 13,45 | 220 | -10% / +10% | |
| F1C | 0,00 | 3,32 | 6,60 | 12,40 | 220 | -10% / +10% | |
| D1C | Leve (0,00-12,00) | 8,82 | 17,64 | 35,28 | 220 | -10% / +10% | |

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/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 EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.735.914-00, do sinistro de DPVAT cobertura ENVALIDEZ da Vítima CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.735.914-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

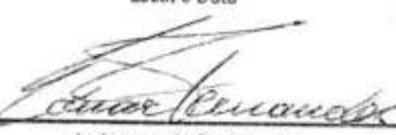
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| Endereço | RUA MANOEL ALVES DE MOURA | Número | Complemento |
|----------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| Bairro | CENTRO | Cidade | SURUBIM |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | (81)9.9665-0454 | (81)9.8133-5022 |

SURUBIM, 16 de MARÇO de 2020.

Local e Data


Assinatura do Declarante



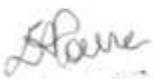
SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr.Caio César da Silva, portador do CPF N° 136.735.915-00, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGRESTE DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 16 de dezembro 2019, às 01hs e 15min, ID N° 0015 no endereço: PE 130, vítima de acidente de moto, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento a vítima no local sendo removido para o hospital HGSPS/FUNDATA seguindo em transferência para Hospital da Restauração em Recife PE

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização, remoção e transferencia inter hospitalar.

Taquaritinga do Norte, 17 de fevereiro de 2020

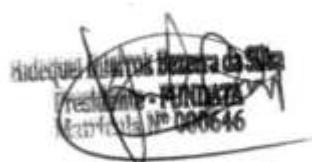

Edvânia Anísia de Moura
Coordenação de Urgência e Emergência



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Caio César da Silva Nascimento**, nascido 04 de janeiro 1998, deu entrada neste hospital no dia 16 de dezembro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº21181 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Restauração /Recife Sob Senha 5838689.

Taquaritinga do Norte, 12 de fevereiro de 2020.



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 21181 DATA: 16/12/2019 HORA: 2:0:31

NOME: CAIO CÉSAR DA SILVA NASCIMENTO SEXO: M

DIN 04101198

IDADE: 21 COR: BRANCA ESTADO CIVIL: CPF: SUS:

PAI: MÄE:

CPR 136 + 86. 714. 22

ENDEREÇO: Nº

BAIRRO: CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

OCORRÊNCIA: ATENDIMENTO CLÍNICO

Academy of Music

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: _____ PULSO: _____ BPM: _____ PESO: _____

HGT: TEMPERATURA:

ANAMNÉSIA

Prieto Rijo do Rio São Francisco PI
e HR.

(ALTA (OBSERVAÇÃO (ITERNAMENTO (TRANSFERÊNCIA (ÓBITO

PROCEDIMENTO:

ATENDENTE: TIEL TRAVASSOS DE MOURA



HOSPITAL GERAL
SEVERINO PEREIRA
DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Oct trigido pelo Samu
& latida estir e
& politraumatismo ss'
Colis de moto
Hn 5838 689

Pern - Auer + transit

2

16/12/19

~~Dr. Antonio Marcos Cunha~~
~~Médico~~
~~CREMEPE 25630~~

20h

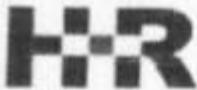


PREFEITURA DE
TAQUARITINGA
DO NORTE
Construindo uma nova história!

SECRETARIA DE
SAÚDE



SENHA DA REGULAÇÃO:

604-07
NS101Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ATT

Notificado 23/12/18

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VER-HR / NEPI

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Nº PRONTUÁRIO: 1705181 | Data e Hora de Atendimento 16/12/2019 05:17 | Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual: |
|----------------------------------|--|--|

| | | |
|--------------------------------|--|------------------------|
| Nº. ATEND.: 1524630 | Paciente: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO | Nm. Social: |
| Data de nascimento: 04/01/1998 | Idade: 21a 11m 11d | Sexo: MASCULINO |

| | | |
|-------------------------------|------------|--------------------------------------|
| Estado Civil: SOLTEIRO | Profissão: | Acompanhante: CLAUDIA MARIA DA SILVA |
|-------------------------------|------------|--------------------------------------|

| | | |
|--|------------------------------------|-------------|
| DOC ID / Data expedição 10330704 / 09-mar-16 | Mãe: CLAUDIA MARIA DA SILVA | Cartão SUS: |
| | Pai: NIVALDO PEREIRA DO NASCIMENTO | |

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Endereço: SITIO CUMBI | Numero: 1 |
| Bairro: ZONA RURAL | Complemento: |
| Cidade: TACUARITINGA DO NORTE | UF: PE Telefone: 993959185 |

| | |
|------------|-----------|
| correncias | (Claudia) |
|------------|-----------|

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

17/12 - Dados acima confirmados

| | | |
|----------------------|--------|--------------------|
| Confirmação de nome: | Fones: | Assistente Social: |
|----------------------|--------|--------------------|

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Confirmação de endereço: | | |
|--------------------------|--|--|

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| Providências: Alta: <input type="checkbox"/> | Caso Social: <input type="checkbox"/> | |
|--|---------------------------------------|--|

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| Encaminhamentos: Rede de Apoio: <input type="checkbox"/> | GPCA: <input type="checkbox"/> | Cons. Tutelar: <input type="checkbox"/> | Delegacias: <input type="checkbox"/> | Minist. Públ: <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------------|--|

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Outros: <input type="checkbox"/> | | |
|----------------------------------|--|--|

| | |
|-------------|--------------------|
| Observação: | Assistente Social: |
|-------------|--------------------|

História Clínica:

Audiente de moto, chega immobilizada em mancha, com fratura presumida em fímur

D.

PARCIAL DE
 16/12/19 - 15/01/20

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| Perda de consciência: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | Episódio Emetico: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | Acidente de Trabalho: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------------|

| | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Acidente de Trânsito: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | Tipo: Transporte realizado Por: |
|---|-------------------------------|---------------------------------|

| | | | | |
|--|-------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------------|
| Imobilização Cervical: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | Sofreu Queda: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | Altura: <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| Condições de imobilização adequadas: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | Por Quê? <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|

Exame Físico:

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| A Geral: Via aérea está pérvia: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | O paciente fala: Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> | Temp: <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|

(A) Via aérea pérvia

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| B Respiratório: MV + em AHT, SIRA | | |
|-----------------------------------|--|--|

| | | |
|-------------------------|--|------------------------------|
| C Circulatório: PA X mm | | P脉: <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|--|------------------------------|

FC 90 bpm PA 95x50 mmHg**8**
 DETOR DE ULTRASSOM:
 EXAME REALIZADO:
 DATA: 16-12-18
 HORARIO: 10:30

 Algodona T
 Dr. Alvaro

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 16/12/2019 05:07

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| Nome Paciente: | CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 04/01/1998 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 21 |
| Senha: | U0008 |
| Convênio: | |
| Atendimento: | |
| SAME: | |

Periodo: 16/12/2019 05:10 - 16/12/2019 05:11

REBECA MAIARA SOARES DE LIMA - COREN: 559813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE ALCOOLIZADO VITIMA DE COLISÃO MOTO VS MOTO HÁ CERCA DE 3 HORAS. REFERE DESMAIO, NEGA VOMITO, APRESENTA CORTE EM REGIÃO PARIENTAL, FRATURA EM MID, ESCORIAÇÕES EM FACE E EUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL.

Observação: SAMU: 5838689

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14

16.12.19

#C.G#

06.04

Paciente manjão - se com os fios

desgriff.

TC de Tcost con contusão pulmonar.

importante (E), sem hemor ou pneumotorax

TC de Abdcmpr sem líquido

livre ou Pneumoperitone

CD: Acump cord. em
cir gen.

BMF?

Acolhido(a) por: REBECA MAIARA SOARES DE LIMA - COREN: 559813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 16/12/2019 05:11

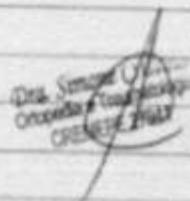


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

| | | | |
|--|-------------------------------|-----------------|------------------|
| Paciente: | Eduardo S. Moreira | Nº do Registro: | 1705181 |
| Clinica: | Osteopedia | Nº do leito: | |
| Operador: | Dr. Leonardo Gomes | | |
| 1º Assistente: | Dra. Simone | 2º Assistente: | |
| Instrumentador: | | Anestesista: | Dra. Lucia Souza |
| Anestesia: | / | Duração: | |
| Data da Operação: | 01/01/20 | Inicio: | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: | Fr. de joelho | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório: | O mesmo | | |
| Operação Proposta: | TTO corrigir de Fr. de joelho | | |
| Operação Realizada: | A mesma | | |
| DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO | | | |
| <ol style="list-style-type: none">1. Paciente em 2011 sob naquianesthesia2. Letona aseptica + aposicais de corpo estranho3. Ondjado maior em região antero-lateral da coxa e visualizado foco de fratura na proxima de recesso pectenotro4. Realizado inseccao morta com S.P.O.9.5. Reparacionamento da guarda rotula intra-articular6. Abordagem por olhos + sistema de fixaçao duplo 2.57. Encabro estal | | | |
|  | | | |

FICHA DE ANESTESIA

Data

02/01/20

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

OPA MEDICA



PERNAMBUCO

Paciente

CRM

Nome do Anestesiologista

MARINA MORTIMASQUELA

Nome do Cirurgião

EGONIENI GOMES HA

Medicação Pré-anestésica

Sexo

M

Cor

Pd

Idade

21

Risco

II

Reg. 1705181

Urgência

 Não Sim

Cirurgia

IT^o cirurgia de fratura de fêmur direito + Draineram
de abcesso HJD

| Momento | 09:30h | 09:30h | 10:30h | Drogas Usadas | Quantidad |
|---------|--------|--------|--------|------------------------|-----------|
| 0: | | | | ① Dexamida | 7mg |
| 1: | | | | ② Fentanil | 100mcg |
| 2: | | | | ③ Bicarbonato 300ml | |
| 3: | | | | ④ Neostamina Resada | 17ml |
| 4: | | | | ⑤ Dimeg | 0,10ml |
| 5: | | | | ⑥ Cetazolina | 20g |
| 6: | | | | ⑦ Tenoxicam | 20mg |
| 7: | | | | ⑧ Dexametasona 10mg | |
| 8: | | | | ⑨ Dipirona | 20g |
| 9: | | | | ⑩ Etileptina | 1mcg |
| 10: | | | | ⑪ Atropina | 2mcg |
| 11: | | | | ⑫ Gliclazidina 600mg | |
| 12: | | | | ⑬ Ciprofloxacina 400mg | |
| 13: | | | | | |
| 14: | | | | | |
| 15: | | | | | |
| 16: | | | | | |
| 17: | | | | | |
| 18: | | | | | |
| 19: | | | | | |
| 20: | | | | | |
| 21: | | | | | |
| 22: | | | | | |
| 23: | | | | | |
| 24: | | | | | |
| 25: | | | | | |
| 26: | | | | | |
| 27: | | | | | |
| 28: | | | | | |
| 29: | | | | | |
| 30: | | | | | |
| 31: | | | | | |
| 32: | | | | | |
| 33: | | | | | |
| 34: | | | | | |
| 35: | | | | | |
| 36: | | | | | |
| 37: | | | | | |
| 38: | | | | | |
| 39: | | | | | |
| 40: | | | | | |
| 41: | | | | | |
| 42: | | | | | |
| 43: | | | | | |
| 44: | | | | | |
| 45: | | | | | |
| 46: | | | | | |
| 47: | | | | | |
| 48: | | | | | |
| 49: | | | | | |
| 50: | | | | | |
| 51: | | | | | |
| 52: | | | | | |
| 53: | | | | | |
| 54: | | | | | |
| 55: | | | | | |
| 56: | | | | | |
| 57: | | | | | |
| 58: | | | | | |
| 59: | | | | | |
| 60: | | | | | |
| 61: | | | | | |
| 62: | | | | | |
| 63: | | | | | |
| 64: | | | | | |
| 65: | | | | | |
| 66: | | | | | |
| 67: | | | | | |
| 68: | | | | | |
| 69: | | | | | |
| 70: | | | | | |
| 71: | | | | | |
| 72: | | | | | |
| 73: | | | | | |
| 74: | | | | | |
| 75: | | | | | |
| 76: | | | | | |
| 77: | | | | | |
| 78: | | | | | |
| 79: | | | | | |
| 80: | | | | | |
| 81: | | | | | |
| 82: | | | | | |
| 83: | | | | | |
| 84: | | | | | |
| 85: | | | | | |
| 86: | | | | | |
| 87: | | | | | |
| 88: | | | | | |
| 89: | | | | | |
| 90: | | | | | |
| 91: | | | | | |
| 92: | | | | | |
| 93: | | | | | |
| 94: | | | | | |
| 95: | | | | | |
| 96: | | | | | |
| 97: | | | | | |
| 98: | | | | | |
| 99: | | | | | |
| 100: | | | | | |
| 101: | | | | | |
| 102: | | | | | |
| 103: | | | | | |
| 104: | | | | | |
| 105: | | | | | |
| 106: | | | | | |
| 107: | | | | | |
| 108: | | | | | |
| 109: | | | | | |
| 110: | | | | | |
| 111: | | | | | |
| 112: | | | | | |
| 113: | | | | | |
| 114: | | | | | |
| 115: | | | | | |
| 116: | | | | | |
| 117: | | | | | |
| 118: | | | | | |
| 119: | | | | | |
| 120: | | | | | |
| 121: | | | | | |
| 122: | | | | | |
| 123: | | | | | |
| 124: | | | | | |
| 125: | | | | | |
| 126: | | | | | |
| 127: | | | | | |
| 128: | | | | | |
| 129: | | | | | |
| 130: | | | | | |
| 131: | | | | | |
| 132: | | | | | |
| 133: | | | | | |
| 134: | | | | | |
| 135: | | | | | |
| 136: | | | | | |
| 137: | | | | | |
| 138: | | | | | |
| 139: | | | | | |
| 140: | | | | | |
| 141: | | | | | |
| 142: | | | | | |
| 143: | | | | | |
| 144: | | | | | |
| 145: | | | | | |
| 146: | | | | | |
| 147: | | | | | |
| 148: | | | | | |
| 149: | | | | | |
| 150: | | | | | |
| 151: | | | | | |
| 152: | | | | | |
| 153: | | | | | |
| 154: | | | | | |
| 155: | | | | | |
| 156: | | | | | |
| 157: | | | | | |
| 158: | | | | | |
| 159: | | | | | |
| 160: | | | | | |
| 161: | | | | | |
| 162: | | | | | |
| 163: | | | | | |
| 164: | | | | | |
| 165: | | | | | |
| 166: | | | | | |
| 167: | | | | | |
| 168: | | | | | |
| 169: | | | | | |
| 170: | | | | | |
| 171: | | | | | |
| 172: | | | | | |
| 173: | | | | | |
| 174: | | | | | |
| 175: | | | | | |
| 176: | | | | | |
| 177: | | | | | |
| 178: | | | | | |
| 179: | | | | | |
| 180: | | | | | |
| 181: | | | | | |
| 182: | | | | | |
| 183: | | | | | |
| 184: | | | | | |
| 185: | | | | | |
| 186: | | | | | |
| 187: | | | | | |
| 188: | | | | | |
| 189: | | | | | |
| 190: | | | | | |
| 191: | | | | | |
| 192: | | | | | |
| 193: | | | | | |
| 194: | | | | | |
| 195: | | | | | |
| 196: | | | | | |
| 197: | | | | | |
| 198: | | | | | |
| 199: | | | | | |
| 200: | | | | | |
| 201: | | | | | |
| 202: | | | | | |
| 203: | | | | | |
| 204: | | | | | |
| 205: | | | | | |
| 206: | | | | | |
| 207: | | | | | |
| 208: | | | | | |
| 209: | | | | | |
| 210: | | | | | |
| 211: | | | | | |
| 212: | | | | | |
| 213: | | | | | |
| 214: | | | | | |
| 215: | | | | | |
| 216: | | | | | |
| 217: | | | | | |
| 218: | | | | | |
| 219: | | | | | |
| 220: | | | | | |
| 221: | | | | | |
| 222: | | | | | |
| 223: | | | | | |
| 224: | | | | | |
| 225: | | | | | |
| 226: | | | | | |
| 227: | | | | | |
| 228: | | | | | |
| 229: | | | | | |
| 230: | | | | | |
| 231: | | | | | |
| 232: | | | | | |
| 233: | | | | | |
| 234: | | | | | |
| 235: | | | | | |
| 236: | | | | | |
| 237: | | | | | |
| 238: | | | | | |
| 239: | | | | | |
| 240: | | | | | |
| 241: | | | | | |
| 242: | | | | | |
| 243: | | | | | |
| 244: | | | | | |
| 245: | | | | | |
| 246: | | | | | |
| 247: | | | | | |
| 248: | | | | | |
| 249: | | | | | |
| 250: | | | | | |
| 251: | | | | | |
| 252: | | | | | |
| 253: | | | | | |
| 254: | | | | | |
| 255: | | | | | |
| 256: | | | | | |
| 257: | | | | | |
| 258: | | | | | |
| 259: | | | | | |
| 260: | | | | | |
| 261: | | | | | |
| 262: | | | | | |
| 263: | | | | | |
| 264: | | | | | |
| 265: | | | | | |
| 266: | | | | | |
| 267: | | | | | |
| 268: | | | | | |
| 269: | | | | | |
| 270: | | | | | |
| 271: | | | | | |
| 272: | | | | | |
| 273: | | | | | |
| 274: | | | | | |
| 275: | | | | | |
| 276: | | | | | |
| 277: | | | | | |
| 278: | | | | | |
| 279: | | | | | |
| 280: | | | | | |
| 281: | | | | | |
| 282: | | | | | |
| 283: | | | | | |
| 284: | | | | | |
| 285: | | | | | |
| 286: | | | | | |
| 287: | | | | | |
| 288: | | | | | |
| 289: | | | | | |
| 290: | | | | | |
| 291: | | | | | |
| 292: | | | | | |
| 293: | | | | | |
| 294: | | | | | |
| 295: | | | | | |
| 296: | | | | | |
| 297: | | | | | |
| 298: | | | | | |
| 299: | | | | | |
| 300: | | | | | |
| 301: | | | | | |
| 302: | | | | | |
| 303: | | | | | |
| 304: | | | | | |
| 305: | | | | | |
| 306: | | | | | |
| 307: | | | | | |
| 308: | | | | </td | |



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)**

Nº 062169

1° Via Flux

Hospital

Convénio:

Cidades

Nome do Paciente:

Data da Cirurgia:

Médico

• Members Operate:

FATURADO

| | | | | | | |
|--------------------------------|--------|--|--|--|--|--|
| PARAFUSOS CORTICais | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE BLOQUEIO | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS CANULADOS | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |

ENVIADOR/INSTRUMENTADOR:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

| | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| Paciente: | Edio Cesar do Nascimento | Nº do Registro: | 1105187 |
| Clinica: | BW | Nº do Leito: | |
| Operador: | Dr. Abílio | | |
| 1º Assistente: | D. Demostenes | 2º Assistente: | |
| Instrumentador: | | Anestesista: | Dr. Cappa |
| Anestesia: | Geral. | Duração: | |
| Data da Operação: | 16/12/19 | Inicio: | Fim: |

Diagnóstico Pré-Operatório: Tumor de Cervelo em Fase

Diagnóstico Pós-Operatório: Ombro

Operação Proposta: Laringofaringofaríngeo + Tumor de Cervelo
Cervelo em Fase

Operação Realizada:

A mesma.

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATORIO

- ① PET em 0011 sal masto, gel
- ② Aspira e aspira do campo operatório
- ③ Passo do campo operatório.
- ④ Limpeza + sucos de tumor de cervelo em Fase.
- ⑤ Renova os bantos
- ⑥ ISRRT quemado finalizado. Professamente pelos cirurgicos (MJS)

Dr. Demostenes Diniz
Clínica de Traumatologia
Painel Maxilo-Facial
Professor
Presidente HR/UFPE
EXCEPTE

DO
TIPI
DA

GOLC/T

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

| | | | | |
|-----------------------------|--|---------|-----------------|-------------------|
| Paciente: | Caio Laran da Silveira | | Nº do Registro: | 1524630 |
| Clinica: | Ortopedia / traumatocirurgia | | Nº do leito: | |
| Operador: | Dr. Eduardo Teocino | | | |
| 1º Assistente: | Dr. Marcos Rodolfo | | 2º Assistente: | |
| Instrumentador: | | | Anestesista: | (Se) Dra. Cecília |
| Anestesia: | Geral | | Duração: | |
| Data da Operação: | 16/12/19 | Inicio: | Fim: | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: | Fratura exposta gravíssima de fêmur distal clínica | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório: | ↓ mesma | | | |
| Operação Proposta: | Principais + desbridamento de tecidos devitalizados + fixação com fixação externa tubo a tubo | | | |
| Operação Realizada: | ↓ mesma | | | |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pcte em O2H sob anestesia geral
 2. Rotina anéptica + operações de campo estéril
 3. Observado ferad extensa com exposição ósea em fechamento direto
 4. Realizado irrigações exaustivas com soro fisiológico + desbridamento de tecidos devitalizados
 5. Observada contaminação grave (capiro, pele, terra) + infecção comunitária grave com grande perda óssea
 6. Realizada fixação com fixador externo tubo-a-tubo transarticular de fechamento direto
 7. Revisões de hemostasia + sutura de aproximações de bordos
 8. Curativo estéril
- Obs.: Após fixação de fratura, foi observado pulso distal e boa perfusão.



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3288-8554 / 3441-6968 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)

Nº 062257
F. Via Fixa

Hospital HG Convênio: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: Eduardo S. Nogueira Data da Cirurgia: 02/01/20

Médico: Dr. Luiz Fernando Góes Membro Operado:

| MATERIAL | ESPECIFICAÇÃO | QUANT. | LOTE |
|-------------|---------------|--------|------|
| tubo a tubo | 01 | 01 | |
| | FATURADO | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|--------|--|--|--|--|--|
| PARAFUSOS CORTICais | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE BLOQUEIO | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS CANULADOS | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |

VEZEDOR/INSTRUMENTADOR:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: *Guilherme S. Nascimento*

Nº do Registro: *1705181*

Clinica: *Ortopédica*

Nº do Leito:

Operador: *Dra. Leonilde Gomes*

1º Assistente: *Dra. Simone C.*

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Inicio:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fr. de joelho distal

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

TTO curvado de Fr. de joen.

Operação Realizada:

A mesma

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1 - Paciente em DOR sob sedação, dezo ruga e restringida
- 2 - Retirada asséptica + asepsia de corpos estranhos
- 3 - Realizado deslocos de pele para + visualizar
de foco de fratura + reduzir encontro
- 4 - Aplicação de placas ALCP pl. joelho distal com
08 furos + 02 parafusos + 02 cortâcias + 04 bloquinhos
- 5 - Retirada enxerto ósseo de corte sobre (C) +
adensar no joel (fazendo an)
- 6 - Aplicação de placas exp. injetar com SF OOF
- 7 - Sutura da pele com nito 2.0
- 8 - Curativo estéril





HOSPITAL GERAL
SEVERINO PEREIRA
DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO
kaw ex 1, pmenb
Oct trigido pelo som
y latido atrito e
y politraustico ssi
colis de rotas
Hn 5838 689

peau - ausi + trans

2

16/12/19

Dr. Antonio Marcos Lopes
Médico
CREMEPE 25630

PREFEITURA DE
TAQUARITINGA
DO NORTE
Ganhando uma nova história!

SECRETARIA DE
SAÚDE





Paciente

Ceu Céu

Enfermaria/Leito

PERNAMBUCO

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

30/01/2010 # vida operativa +

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de Fr de fêmur. Realizado osteosíntese com placa ALCP. Procedimento sem intervenções.

Ed VPM

ASL

Ao 6º andar após alta de SR

30/01/2010 o Admissão - SRPA o

Paciente em PDI de tratamento cirúrgico de Fr de fêmur. Admitido pacientado, segùo. Relato de anestesista de paciente ter apresentado episódio de hipotensão durante procedimento cirúrgico e com PA limitada. Realizou HTF de QACH. Admitido paciente arterial hemodinamicamente instável de PA, sem sinalização respiratória, de surpresa, com ar ruidoso, sem desacordo respiratório.

Ao exame Fáleg, comucoso, orientado, expresso, hiperoidida +/+.

AV: ECR 27 BPF SIS FC 75 bpm PA 93 + 44 mmHg (60)

AC: PNT em AHT VIRA FR 18 bpm SAIOP 93 / em AA

ABD: plan, depresível, discretamente doloroso à palpação de quadrante inferior esquerdo, PNA.

CO: 1) Collo 116/Ht poi HTF = 80,5/30,9;

2) Corpo PA limitado - faz expondo com 2000 ml SRL;

3) Vigiar PA e reavaliar após expondo.



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA NASC.: 04/01/1998

DATA/HORA: 17/01/2020 09:12

ATENDIMENTO: 1525537

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO; QUERIA-SE DE DOR EM MÍD.
AO EXAME FISICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MÍD.
NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERDAO SECERCAO PURULENTA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
16/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAIDA DE BASTANTE SECERCAO PURULENTA DA Perna DIREITA
FOI COHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:
NOVOS EXAMES LABS
SUPORTE CLÍNICO
AGUARDANDO RESULTADO DA CULTURA

Assinatura: Dr. Silviano Nogueira
Médico Responsável

Cura WD
16/01/20
Marcia B



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

| | | |
|--|--|------|
| Paciente: <i>Paulo César da S. Macêncio</i> | Nº do Registro: <i>1705181</i> | |
| Clinica: <i>Otropedia</i> | Nº do Leito: | |
| Operador: <i>Dr. Leonardo Carvalho</i> | | |
| 1º Assistente: <i>Dra. Fernanda Cristina</i> | 2º Assistente: <i>Dr. Hugo Augusto</i> | |
| Instrumentador: | Anestesista: <i>Dra. Lucia</i> | |
| Anestesia: <i>Geral</i> | Duração: | |
| Data da Operação: <i>16-01-20</i> | Inicio: | Fim: |

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura de fêmur distal S*

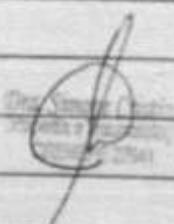
Diagnóstico Pós-Operatório: *O mesmo*

Operação Proposta: *Ortoxistex de fêmur distal*

Operação Realizada: *A mesma*

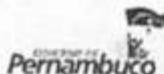
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Faciortese em DOR sob anestesia geral
2. Retirada articular + aplicação de campos esteril
3. Realizado incisão em traj. lateral da coxa pol. D + visualizar medindo quantidade de tecido
4. Boringa virgada + injecão etanofor - ca 500 ml
5. Reparacionamento da pele com extenso (tubo a tubo)
6. Curativo - etc





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA/HORA: 17/01/2020 09:12

ATENDIMENTO: 1525537

DATA NASC: 04/01/1998

Leito 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/01/2020

Hora: 09:40

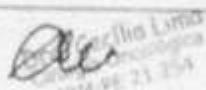
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO; QUEIXA-SE DE DOR EM MID.
AO EXAME FISICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MID
NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRURGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERDAO SECERCAO PURULENTIA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA +
16/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRURGICA - COM SAIDA DE BASTANTE SECERCAO PURULENTIA DA PERNA DIREITA
FOI COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:
NOVOS EXAMES LABS
SUPORTE CLINICO
AGUARDO RESULTADO DA CULTURA

Dr. Stanley Napoléon
MEDICO
CRM 01.7.72

curado
18/01/20
arcas

| D. Exame Neuroológico | | Deficiência motora: | MSO | MSE | MID | MIE | Pupilas: | Isoconícas | Anisocônicas |
|---|-------|----------------------------------|------|-----------------------------------|------|-----|----------|------------|--------------|
| Glasgow Abertura Ocular Score | Hora: | Glasgow Resposta Verbal Score | Hora | Glasgow Resposta Motoria Score | Hora | | | | |
| Glasgow 04 + V4 + M6 = 14 | | | | | | | | | |
| Exposição/Abdômen Abdome fechado, indolor MID imobilizado Lesão contusiva extensa em região parietal. | | | | | | | | | |
| Diagnóstico Inicial: Politrauma - TCE Fratura de fêmur | | | | | | | | | |
| Conduta: 1) SRI 1000 me ev agas 2) Av. Ortop e NCR 3) TC crânio, torax, abdome, coluna cervical 4) Reservar de sangue | | | | | | | | | |
| Evolução de Enfermagem: WJ.  Ass. Enfermagem | | | | | | | | | |
| Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para: | | | | | | | | | |
| Condição de Alta: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito | | | | | | | | | |
| Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico _____ CRM _____ Data _____ Hora _____ | | | | | | | | | |
| Termo de responsabilidade para Internamento: - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários. | | | | | | | | | |
| Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ | | | | | | | | | |
| Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir. | | | | | | | | | |
| Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ | | | | | | | | | |
| Data e Hora Impressão: 16-dez-19 | | | | | | | | | |



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Ricardo S. Mazzoneti

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

EVOLUÇÃO CLÍNICA

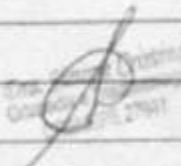
16/01/2020 # alta geriatrica #

Paciente recebeu alta a tratamento com uso de fralda de pano diária, realizada ostomia, dízio, banho e enxagamento da ferida externa/tubo e tubo. Tratamento realizado com entonação.

Cd: VPM

A SR

ao 6º andar após alta da SR


Dr. Ruan Sá
CRM-PE 28904

16/01/2020 # SFPAT#

11:15 Paciente intubado na SFPAT após procedimento hepático após anestesia geral. Paciente com queixa de dor em 4/10, onde se encontra com proceder estômico aberto.

- no manejo angular, consulta, posco endobrachial, estabil

pe pulmonar, estom. 40-65 - 0-10 x 6,

pe respiratória, sitema 6-18pm Sat 98%

cep. Apical. constata, com dor, RRC

- no exame analítico

Parâmetros para alto

Ruan Sá
CRM-PE 28904

SKPA

12:20 - Paciente sem queixa de dor, bem alimentado, sente estômico bem acordado

ao alto da SFPAT

Ruan Sá
CRM-PE 28904



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PONTUARIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA NASC.: 04/01/1998

DATA/HORA: 20/01/2020 10:02

ATENDIMENTO: 1525537

Leito: 604-L7

Evolução Clínica

Data: 20/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEDA-SE DE DOR EM MIO.
AO EXAME FÍSICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MIO.
NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

MIO: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERDADO SECREÇÃO PURULENTIA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
02/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAIDA DE BASTANTE SECREÇÃO PURULENTIA DA Perna DIREITA
COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CE:
NOVOS EXAMES LABS
SUPORTE CLINICO
AGUARDO RESULTADO DA CULTURA

CRMEPE 29.148
MEDICO
de Spohny Neuroped
CRMEPE 29.148
MEDICO
de Spohny Neuroped



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Relatório do Pronto-Socorro / Evolução

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

Página: 2 / 2

Emitido por FRANCISCOSON

Em: Pernambuto 07:30

NOME: CAIO CESAR DA SILVA ARSCIMENTE

DATA/HORA: 21/01/2020 07:51

ATENDIMENTO: 1525537

DATA NASC.: 04/01/1998

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 21/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEIXA-SE DE DOR EM MÍDIA. AO EXAME FÍSICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MÍDIA NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HO: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAO SECREÇÃO PURULENTIA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
FOI COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:
NOVOS EXAMES LABS.
SUPORTE CLÍNICO
AGUARDO RESULTADO DA CULTURA

*anestesia 01.01.20
33.01.20
28.01.20
CRMFPE 29.1.143
Dr. Silviano Nogueira
anestesia
32.01.20
fim
anestesia
35.01.20
fim*



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

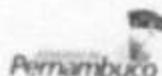
PRONTUÁRIO: 1705181

DATA/HORA: 28/01/2020 09:53

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1525537



DATA NASC: 04/01/1998

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 23/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEIXA-SE DE DOR EM MID.
AO EXAME FÍSICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MID.
NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAO SECERCAO PURULENT PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:
NOVOS EXAMES LABS
SUPORTE CLÍNICO
AGUARDO RESULTADO DA CULTURA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

DATA/HORA: 28/01/2020 09:54

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1525537

Pernambuco

DATA NASC: 04/01/1998

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 25/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEDA-SE DE DOR EM MID.
AO EXAME FÍSICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MID.
NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERDAO SECREÇÃO PURULENTIA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)
CULTURA >

SENSIVEL: VANCO + MERO

CD:
SUPORTE CLÍNICO
+ LEUCO

AGUARDA NOVO MOMENTO CIRÚRGICO

*Stanley Napoléon
01-01-20
Guararé.*

Dr. Stanley Napoléon
Médico
CREMEPE 29.148



Estrada do Encanamento, 45 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS

UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 062596

F⁺ Via Fixa

Hospital 1+R 1705181 Convênio SUS Cidade: Recife

Nome do Paciente: Carlo Seem e Silva Nasc. Data da Cirurgia: 16.01.2020

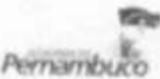
Médico: Dre Leonardo & Simone Membro Operado: WID

| | | | | | | |
|--------------------------------|--------|--|--|--|--|--|
| PARAFUSOS CORTICais | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE BLOQUEIO | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS CANULADOS | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |

ENDECKER INSTRUMENTADOR:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CATO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

DATA/HORA: 28/01/2020 09:55

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1525537

DATA NASC: 04/01/1998

Leito 604-L7

Evolução Clínica

Data: 27/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEIXA-SE DE DOR EM MJO.
AO EXAME FISICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MID.
NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO.

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA

REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRURGICA PARA CONTROLE DE DANOS.

01/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRURGICA - COM SAIDA DE BASTANTE SECRECAO PURULENTADA Perna DIREITA
<LECTURA>

SENSIVEL: VANCO + MERO

CD:

+ SORTE CLINICO

+ LEUCO

AGUARDA NOVO MOMENTO CIRURGICO

Dr. Stanley Napoléon
MÉDICO
CREMEPE 29.148

| | | | | | | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| D. Exame Neurológico | Deficiência motora | MSD <input type="checkbox"/> | MSE <input type="checkbox"/> | MIO <input type="checkbox"/> | MIE <input type="checkbox"/> | Pupilas | Isocônicas <input type="checkbox"/> | Anisocônicas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura Ocular Escore | Hora | Glasgow: Resposta Verbal Escore | Hora | Glasgow: Resposta Motora Escore | Hora | | | |
| <i>Glasgow 04 + V4 + M6 = 14</i> | | | | | | | | |
| E. Exposição/Abdômen <i>Abdome fechado, indolor</i> <i>MIO imobilizado</i> <i>Lerão cortacentra extenso em região parietal e</i> | | | | | | | | |
| F. Diagnóstico Inicial <i>Potitrauma - TCE</i> <i>Fratura de fêmur o</i> | | | | | | | | |
| G. Cod. Procedimento | | | | | | | | |
| H. Conduta 1) SRI 1000 me ev agas 2) Av. Ortop e NCR 3) TC crânio, torax, abdome, coluna cervical 4) Reservar de Sangue | | | | | | | | |
| I. Ass. Médico | | | | | | | | |
| J. Evolução de Enfermagem: <i>RTT.</i> <i>Alex</i> <i>Regina Lima</i> <i>Enfermeira</i> <i>CRM-PE 21-254</i> | | | | | | | | |
| K. Ass. Enfermagem | | | | | | | | |
| L. Definição do Caso: | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta | | | | | | <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito | | |
| Internado na Clínica: Transferido para: | | | | | | | | |
| M. Condição de Alta: | | | | | | | | |
| N. Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____ | | | | | | | | |
| O. Termo de responsabilidade para Internamento: - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários. | | | | | | | | |
| P. Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ | | | | | | | | |
| Q. Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir. | | | | | | | | |
| R. Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ | | | | | | | | |
| S. Data e Hora Impressão: 16-dez-19 | | | | | | | | |



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HÓSPITAL DA RESTAURAÇÃO

NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA/HORA: 28/01/2020 09:55

ATENDIMENTO: 1525537

Pernambuco

DATA NASC.: 04/01/1998

Leito: 604-L7

Evolução Clínica

Data: 28/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO; QUEDA-SE DE DOR EM MID,
AO EXAME FÍSICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MID
NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGENCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAÇÃO SECREÇÃO PURULENTAS PROFUNDAS - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
MANTIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)
SENSÍVEL: VANCO + MERO

CD:
SUPORTE CLÍNICO
LEUCO
AGUARDA NOVO MOMENTO CIRÚRGICO

16.01.20
28.01.20
oculto
29.01.20
julho. J.

Dr. Stanley Napoléão
Médico
CREMEPE 29.148





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ 24.061.657/0001-27 Inscri. Est. 18.1.003 0140009-6

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 E-mail: 0841-3268-6734

CONTROLE DE MATERIAIS

UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 062739

1° Via Flavia

Hospital

Convénio:

Cidade:

Nome do Paciente:

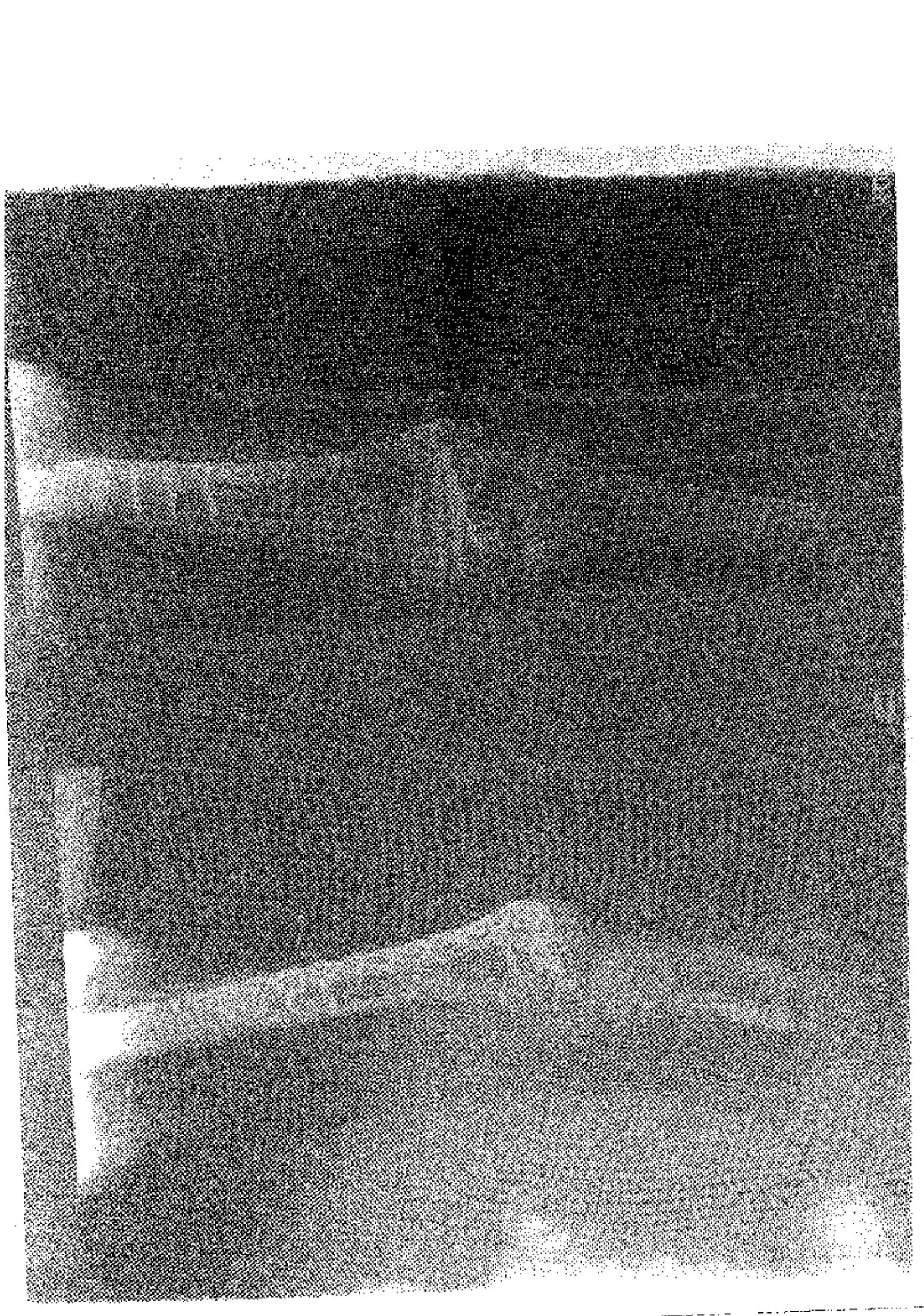
Nome Físico da Silva Osório Data da Cirurgia: **30/11/2023**

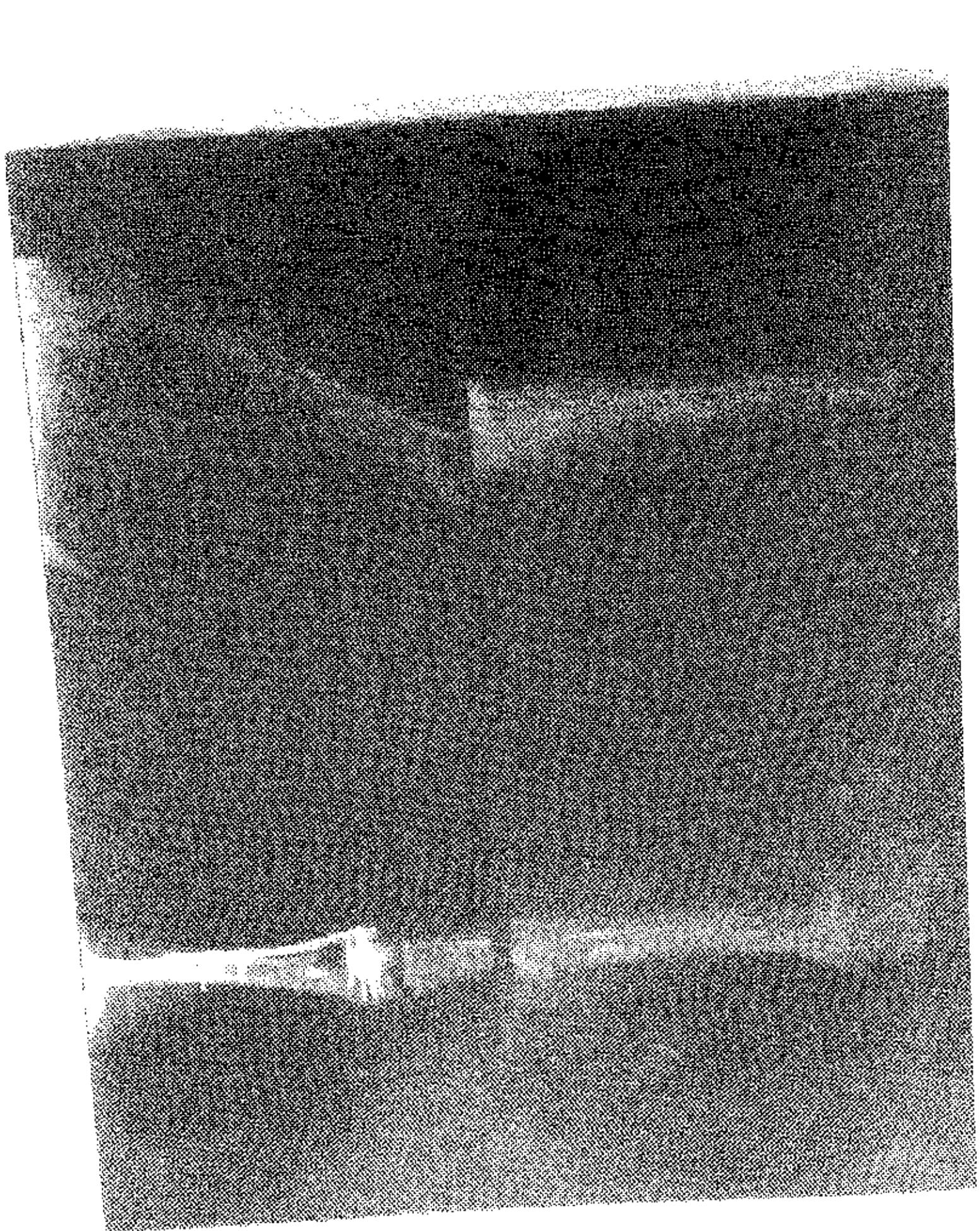
Médico

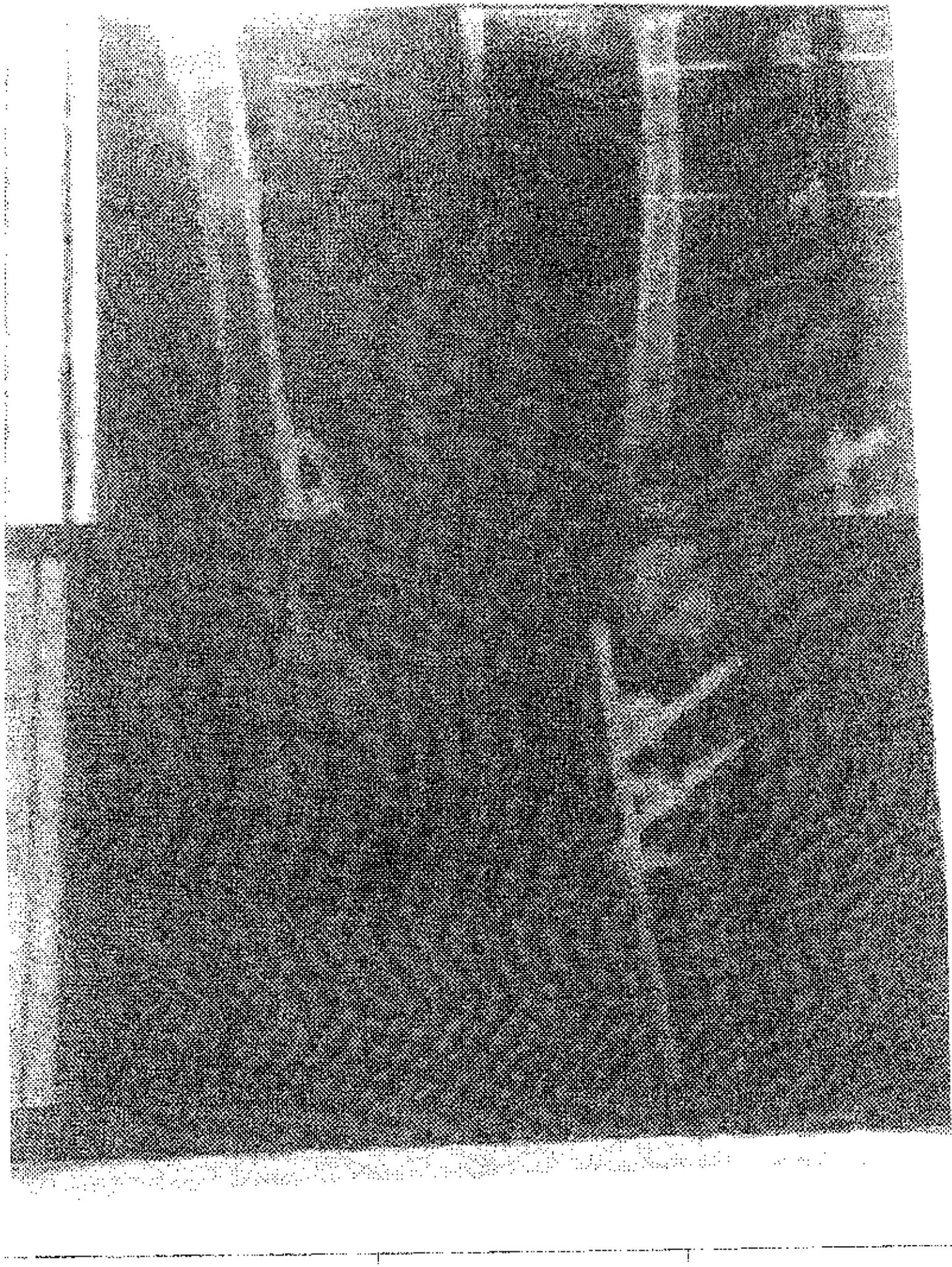
Membre Operado

| | | | | |
|--------------------------------|--------|--|--|--|
| PARAFUSOS CÓRTICAS | Nº | | | |
| | QUANT. | | | |
| | LOTE | | | |
| PARAFUSOS DE BLOQUEIO | Nº | | | |
| | QUANT. | | | |
| | LOTE | | | |
| PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA | Nº | | | |
| | QUANT. | | | |
| | LOTE | | | |
| PARAFUSOS CANULADOS | Nº | | | |
| | QUANT. | | | |
| | LOTE | | | |
| PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA | Nº | | | |
| | QUANT. | | | |
| | LOTE | | | |

INDICADOR INSTRUMENTADOR:







- FILIAÇÃO
b.i
NIVALDO PEREIRA DO NASCIMENTO

NAME: **CLAUDIA MARIA DA SILVA**

DATA NASC: **04/01/1988** NATURALIDADE
TAQUARITINGA DO NORTE - PE

Dispensado do Serviço Militar Inicial em **01 de março de 2016**,
por residir em município não tributário.

CmteCh ou Det

MARCIO FERREIRA DE MORAIS - 2º TEN
Delegado do Serviço Militar da 2ª Del Se Nau2º CSM
PROIBIDO PLASTIFICAR



NOME:
CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
endereço: Tapuatinga da Mata - PE, 56100-000

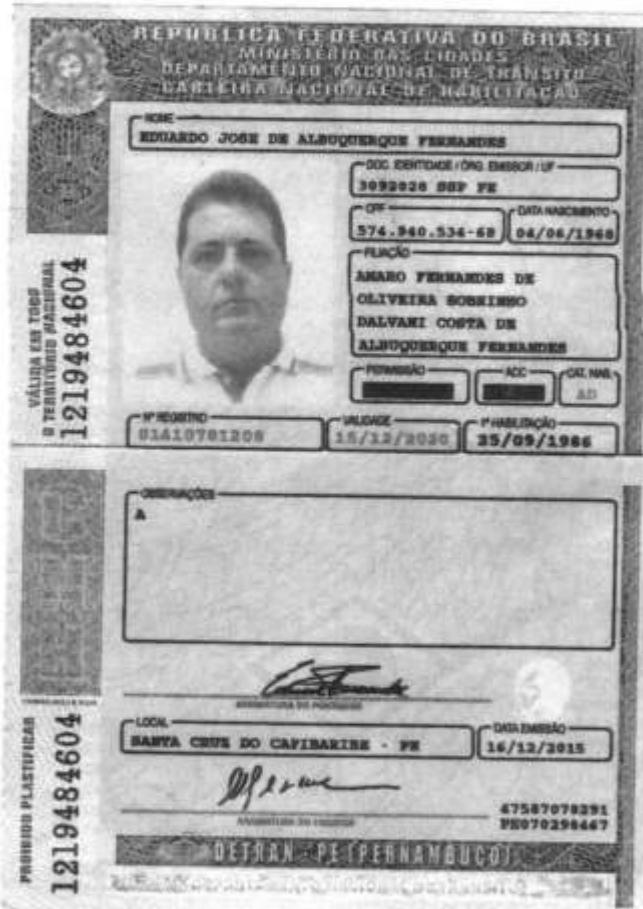


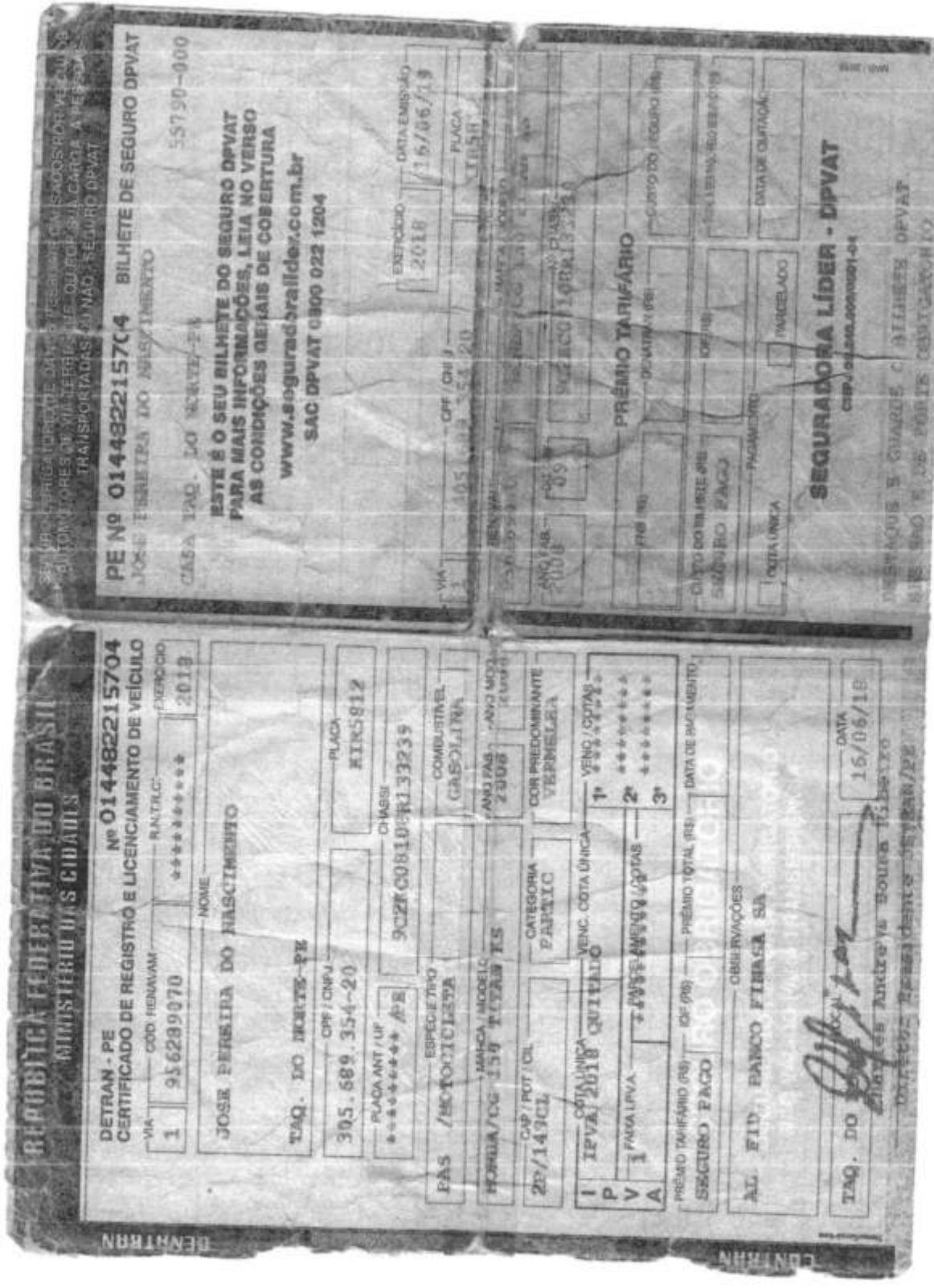
NOME:
Caio Cesar da Silva Nascimento



NOME:
Caio Cesar da Silva Nascimento

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
endereço: Tapuatinga da Mata - PE, 56100-000





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100362/20

Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 136.785.914-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO : 136.785.914-00

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: 20/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200127103

Data da solicitação: 07/04/2020
DD/MM/AAAA

Nome do beneficiário: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

CPF do beneficiário: 130.785.914-
00

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454

Tel. Comercial: (000) 000-0000

Tel. Residencial: (000) 000-0000

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informe quais(s) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: DOC... (DESCRIÇÃO)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TAQUARISSA 07/04/2020.

Local e Data

X Caio Cesar da Silva Nascimento

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e coleque no mesmo ponto de endereço em que foi emitida inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127103 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO (PAG.05.06.07)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA (PAG.06.07)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127103 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO (PAG.05.06.07)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127103 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR DIREITO (PAG.05.06.07)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127103 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO (PAG.05.06.07)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA (PAG.06.07)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| |
|---|
| NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA |
| PROFISSÃO: AGRICULTOR |
| IDENTIDADE: 10.330.704 - SDS/PE e CPF nº 136.735.914/00 |
| DATA DO ACIDENTE: 16/12/2019 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VÍTIMA: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO |
| ENDEREÇO: SÍTIO CUMBE, nº 201- BAIRRO: CUMBE – TAQUARITINGA DO NORTE(PE). |

OUTORGADO

| |
|---|
| NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: ADVOGADO – OAB/PE: 52.105 |
| IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68 |
| ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº 64, BAIRRO: CENTRO, SURUBIM-PE. |

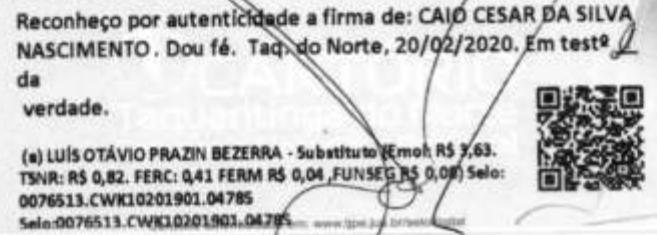
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

Taquaritinga do Norte (PE), 20 DE Fevereiro DE 2020.

 Caio Cesar da Silva Nascimento.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100362/20

Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 136.785.914-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO : 136.785.914-00

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: 20/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100362/20

Número do Sinistro: 3200127103

Vítima: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 136.785.914-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 09/04/2020

Data do cadastramento: 09/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos