
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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 136.735.914-00 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: SI CUMBE 9 - Número: 210 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 1519.9665-0454

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 22.155 4 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC DINTER1/17ª 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 - Culposos (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 (VÍTIMA)

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 - Culposos (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 (VÍTIMA)

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** Mãe: **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** Mãe: **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** Mãe: **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 PILOTOVA A MOTOCICLETA DE PLACA KIR-5812 PELA RODOVIA PE 130 NO SENTIDO DESTA CIDADE AO POVOADO 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

Claudia Maria da Silva
CLAUDIA MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 136.735.914-00 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: SI CUMBE 9 - Número: 210 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 1919.9665-0454

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 22.155 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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.826.932/0001-08 | Ins. Est. 060/943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIA MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CUMBE 210

CPF 591.681.744-68 NIS 16302811839

CUMBE/TAQUARITINGA DO NORTE RURAL
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55700-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7002982263	01/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FÉTIMENTO
04/02/2020	26/02/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	26,84

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
034511338	UNICA	26/01/2020
PERÍODO DE CONSUMO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
29/01/2020	2001443074	305.007

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10653688	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	50,0000000	0,17233481	8,61
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,08250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	50,0000000	0,15867819	7,92
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,56
Correção Num. Fatura Municipal			3,77

TOTAL DA FATURA

26,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
301000803	CA1	26-12-2019	14 980,00	26-01-2020	14 930,00	31	1,00000		50,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		RECAPITULÁRIO DE TRIBUTOS			COMPARAÇÃO COM O PREÇO				
Mês/Ano		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Uso de Energia	R\$	%		
JAN 20	80	ICMS PIS COFINS	21,97 2,37 4,55	0,94 0,58 2,09	Transmissão	R\$ 1,17	5,73%		
FEV 19	87				Distribuição (Celpe)	R\$ 7,10	31,25%		
MAI 19	84				Perdas de Energia	R\$ 2,24	9,79%		
JUL 19	85				Energia Solar	R\$ 0,88	3,67%		
SET 19	82				Tributos	R\$ 1,14	4,96%		
NOV 19	89				Total	R\$ 13,53	49,24%		
DEZ 19	90								
JAN 20	112								
FEB 20	121								
MAR 20	119								
ABR 20	134								
MAY 20	120								
JUN 20	126								

TARIFAS APLICÁVEIS		
- Enquadramento residencial		R\$ 0,49
- Consumo 15,52 kWh/mês a 30 até 100 kWh		R\$ 0,63
- Consumo 15 até 30 kWh		R\$ 0,78
- Consumo 30 superior a 30 até 100 kWh		R\$ 0,93

RESUMO DO IMPOSTO	
EU FIZ A 3,93A 4830 0680 UNED 30E 31C45	

TAXAS APLICADAS	VALOR (R\$)
Consumo TUSD até 30 kWh	0,10653688
Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17233481
Consumo TE até 30 kWh	0,08250394
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	0,15867819

EUF3 EAC 3 933A 4830 0880 0100 30E1 9C45

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se no site www.celpe.com.br para acompanhar o histórico de consumo e a evolução da tarifa. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue 0800-000000. O Celpe é responsável pelo fornecimento de energia elétrica no Estado de Pernambuco. O Celpe é responsável pelo fornecimento de energia elétrica no Estado de Pernambuco. O Celpe é responsável pelo fornecimento de energia elétrica no Estado de Pernambuco.

A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica. O Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica. O Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES					TENSÃO DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIU	0,00	0,00	0,00	0,00	220	202	231
PIU	0,00	0,00	0,00	0,00			
DIUC	0,00	0,00	0,00	0,00			

Limite DIU: 1,20

EUSO - Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 11,24

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7002982263	01/2020	04/02/2020	26,84

DADOS DO CLIENTE
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL ALVES DE MOURA, 64

CPF: 574.940.534-66

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
0523279033	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO ANTERIOR
11/02/2020	04/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	413,81

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
095155766	UNICA	04/02/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/02/2020	2000222539	1754147

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	481,0000000	0,42167691	194,39
Consumo Ativo (kWh)-TE	481,0000000	0,35464951	162,49
Acrescimo Bandeira AMARELA			7,49
Contrib. Rum. Pública Municipal			39,56
ICMS Subvenção-CDE-NF 083581098-07/11/19			2,43
ICMS Subvenção-CDE-NF 087453039-09/12/19			2,84
Multa por atraso-NF 081370408 - 07/01/20			5,58
Juros por atraso-NF 081370408 - 07/01/20			0,19
Atualização IGPM-NF 081370408 - 07/01/20			0,55
TOTAL DA FATURA			413,81

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
013-947438	CAT	01/01/2020	04/02/2020	30	1,00000		481,00

MONTANTE DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
FEV 20: 481		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
APR 20: 354		ICMS	25,00	81,24	Transmissão
DEZ 19: 488		PIS	0,75	3,74	Distribuição (Celpe)
NOV 19: 386		COFINS	3,60	12,75	Perdas de Energia
OUT 19: 338					Energias Sotiláveis
SET 19: 242					Tributação
AGO 19: 287					
JUL 19: 279					
JUN 19: 386					
MAY 19: 494					
ABR 19: 455					
MAR 19: 426					
FEB 19: 421					
		TOTAL A PAGAR		0,35464951	
		RESERVADO ATRIBUIÇÃO		0,35464951	
		0,35464951		0,35464951	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento de energia elétrica: O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica até o dia 10 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica até o dia 10 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica até o dia 10 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Reservado o direito de suspensão do fornecimento de energia elétrica em caso de inadimplência do cliente. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica até o dia 10 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica até o dia 10 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
SUPR. PLANO	DIÁRIOS	SEMANAIS	TRIMESTRAIS	ANUAIS	TENSÃO NOMINAL (V)	VARIAÇÃO (V)
ENL	0,00	0,00	0,00	0,00	220	±10%
ENC	0,00	0,00	0,00	0,00		

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 INVALIDEZ 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 <u>RUA MANOEL ALVES DE MOURA</u>		Número <u>64</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9.8133-5022</u>

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 dezembro2019, 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, 17de fevereiro de 2020

EdvâniaAnísia de Moura
Coordenação de Urgência e Emergência


**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

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 N°21181 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Restauração /Recife Sob Senha 5838689.

Taquaritinga do Norte, 12 de fevereiro de 2020.


Radequel Augusto Bezerra da Silva
Residência - FUNDATA
Matrícula nº 000646

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

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

PAI: MÃE:

ENDEREÇO: Nº

BAIRRO: CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

D / N 04/01/98

CPF: 136.486.714.00

OCORRÊNCIA: ATENDIMENTO CLÍNICO

Acidente de Trânsito

ATENDIMENTO MÉDICO

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

HGT: _____ TEMPERATURA: _____

ANAMNÉsia

Doente trazido pelo pai - encaminhado pelo
HR.

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

PROCEDIMENTO:

ATEDENTE: TIEL TRAVASSOS DE MOURA



HOSPITAL GERAL
SEVERINO PEREIRA
DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Oct. trizado pelo Sono
e balite etico e
e politransistom. sps
Coliza de Neto

HA 5030689

peeno. auri + tranito

2

16/12/19

Dr. Antonio Marcos da Silva
Médico
CREMEPE 25630

1002.45



PREFEITURA DE
TAQUARITINGA
DO NORTE
Construindo uma nova história

SECRETARIA DE
SAÚDE



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ATT

Notificado 23/12/18
Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEN-HR/NEPI ETIQUETA

604-03
25/10/19

Nº PRONTUÁRIO: 1705181	Data e Hora de Atendimento: 16/12/2019 05:17	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Nº. ATEND.: 1524630 Data de nascimento: 04/01/1998 Estado Civil: SOLTEIRO	Paciente: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO Idade: 21a 11m 11d Profissão:	Nm. Social: PROTEGE Sexo: MASCULINO Acompanhante: CLAUDIA MARIA DA SILVA
DOC ID / Data expedição: 10330704 / 09-mar-16	Mãe: CLAUDIA MARIA DA SILVA Pai: NIVALDO PEREIRA DO NASCIMENTO	Cartão SUS:
Endereço: SÍTIO CUMBI Bairro: ZONA RURAL Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE	UF: PE	Telefone: 993959185 (cláudia mãe)

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

27/12 - 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"/> Min. P. <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social

FATURADO

História Clínica:

Acidente de moto, chega imobilizado em mancha, com fratura presumida em fêmur D.

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

TOMOGRAFIA HR

Data: 16/12/19

Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: 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"/>	Transporte realizado Por: ECNICO	
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 Que?	

Exame Físico:

A. Geral	Via aérea está pèrvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
A) Via aérea pèrvia			
B. Respiratório	MV + em AHT, SIRA		
C. Circulatório	PA	X mm	Pulso
FC 90 bpm	PA 95 x 50 mmHg		

TOMOGRAFIA HR
Data: 16/12/19
Indicado: **TH**
Técnico: **TH**

SETOR DE ULTRASSOM
EXAME REALIZADO: **aleidome T**
DATA: 16-12-19
14:20: **De Aleid**

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:

Período: 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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14

16.12.19

#C.6#

06:04

geral

Paciente mantem-se em estado grave.

TC de Tceat com contusão pulmonar.

Importante: (E) sem hemo ou pneumotorax
TC da abdome sem líquido livre ou pneumoperitoneo

CD: Acamp. conj. com Cir. Geral.

BMF?

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

Data Impressão: 16/12/2019 05:11



Unidade de Saúde: **HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Paciente: <i>Caio César S. Maxmore</i>	Nº do Registro: <i>4705181</i>
Clinica: <i>Ortopedia</i>	Nº do leito:
Operador: <i>Dr. Leonardo Oamen</i>	
1º Assistente: <i>Dra. Simone</i>	2º Assistente:
Instrumentador:	Anestesista: <i>Dra. Luciana</i>
Anestesia: <i>P</i>	Duração:
Data da Operação: <i>02.01.20</i>	Início:
	Fim:

Diagnostico Pré-Operatório: *Fx de joelho*

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Operação Proposta: *770 usinagem de Fx de joelho*

Operação Realizada: *A mesma*

CC
TIP
DA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

1. Paciente em 204 sob raquianestesia
2. Rótula aréptica + apólicas de corpos estranhos
3. Sinalizado maior em região antero-lateral de coto D, visualizado foco de fratura na presença de resíduo pontado
4. Realizado irrigação extensa com S.P.O.9
5. Reposição do fragmento rotulário tubos e tornos
6. Aproximados por placas + sutura da pele com nylon 2-0
7. Curativo estável

Dr. Sérgio U...
Ortopedia Traumatologia
CREME 2847

FICHA DE ANESTESIA

Data

02/01/20

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

OPERAÇÃO



PERNAMBUCO

ESTADO DE

Paciente

JIAN Q. I. Q. S. A. F. D. I. A. S. I. L. V. A. N. A. S. C. I. M. E. N. T. O.

Sexo

M

Cor

Pb

Idade

21

Risco

II

CRM

120012

Nome do Anestesiologista

LUCIANA PORTO MACHADO

Nome do Cirurgião

LEONARDO GOMES

Medicação Pré-anestésica

Reg. 1705181

Urgência

☒ Não☐ Sim

Cirurgia

T2 cirurgias de fratura de fêmur direito + drenagem de abscesso MID.

Horário	08:30h	09:30h	10:30h		Drogas Usadas	Quantidade
O ₂	100%	100%	100%		1) Dormine	7mg
F _{IO}	100%	100%	100%		2) Fentanyl	100mcg
Legenda	RL SF RL	SF RL			3) Oxibutina IV	300
	500 100 500	100 500			4) Neostigmina	17mg
					5) Dronex	0,10
					6) Gaxolina	20g
					7) Tenoxicam	20mg
					8) Dexametasona	10mg
					9) Dipirona	2g
					10) Etiletrina	1mg
					11) Atropina	2mg
					12) Clindamicina	600mg
					13) Ciprofloxacina	400mg
					Técnica Anestésica: Bloq. 3x1 em MID s/ intercorrimentos. Rôqui - pet. ventral, anestesia y álcool 70%, infiltração local, punção mediana L2-L3, cag. Quinke 27G, LCR limpo.	
					Sedação - O ₂ por cateter nasal (3L/min)	

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxím. S _{PO2}	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> P/C
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Elet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volémia ICP Plus

Encaminhado	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA
<input type="checkbox"/> Apert. / Ent.	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Externo	

Interconfinar ☒ Não ☐ Sim

Descrever:

Observações:

* Politrauma

* Alergias Ø; Jejum OK; Ex. Lab. OK

Assinatura do Anestesiologista:

ESTADO

**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

1ª Via Fixa

Hospital Restauração Convênio: SUS Cidade: Recife - PE
Nome do Paciente: Guilherme Cesar da Silva Data da Cirurgia: 16/12/2019
Médico: Dr. Eduardo Tereza Membro Operado: MM.D.

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
<u>Alumínio externo</u>	<u>Alu-e-tubo</u>	<u>01</u>	

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					

FEN: MEDICADOR/INSTRUMENTADOR:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: *Osio Cesar do Silva Noronha* Nº do Registro: *14.05167*

Clinica: *BWF* Nº do Leito:

Operador: *Dr. Abilail*

1º Assistente: *Dr. Demostenes* 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista: *Dr. Celso*

Anestesia: *Chol.* Duração:

Data da Operação: *16/12/19* Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fractura do osso da face*

Diagnóstico Pós-Operatório: *O osso*

Operação Proposta: *Limpagem + Luxação do osso da face*

Operação Realizada: *A osso*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Retirar o osso da face
- 2) Após a retirada do osso, fazer a limpeza
- 3) Limpar o osso da face
- 4) Limpar + Luxar o osso da face
- 5) Retirar os pontos
- 6) A SRKT quanto finalizado o procedimento pelo Operador (MIO)

Dr. Demostenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Médico Maxilo-Facial
Residente JIR/UPE
CRO-PE 11.114



GO
TIP
DA

GOU.C?

Unidade de Saúde: **HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Paciente: <u>Caio Cesar da Silva</u>	Nº do Registro: <u>1524630</u>
Clinica: <u>Ortopedia / traumatologia</u>	Nº do leito:
Operador: <u>Dn. Eduardo Troceno</u>	
1º Assistente: <u>Dn. Marcos Rodolfo</u>	2º Assistente:
Instrumentador:	Anestesista: <u>(Se) Dra. Cecília</u>
Anestesia: <u>geral</u>	Duração:
Data da Operação: <u>16/12/19</u>	Início:
	Fim:

Diagnostico Pré-Operatório: Fratura exposta gravíssima de fêmur distal direita

Diagnostico Pós-Operatório: mesma

Operação Proposta: limpeza + desbridamento de tecidos devitalizados +
juxtação com fixador externo tubo a tubo
Operação Realizada: mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pcte em DDH sob anestesia geral
 2. Retina anéptica + aposição de campos estéreis
 3. Observado lesão extensa com exposição óssea em joelho direito
 4. Realizado irrigação exaustiva com soro fisiológico + desbridamento de tecidos devitalizados
 5. Observada contaminação grave (capim, pedras, terra) + fratura cominutiva gravíssima com grande perda óssea
 6. Realizada juxtação com fixador externo tubo a tubo transarticular de joelho direito
 7. Realizada de hemostasia + sutura de aproximação de bordos
 8. Curativo estéril
- An: Após juxtação de fratura, foi observado pulso distal e boa perfusão

[Handwritten signature]

**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 / 3441-6968 Fax: (81) 3269-6781

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

Nº 062257

1ª Via Fixa

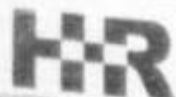
Hospital HR Convênio: _____ Cidade: _____
Nome do Paciente: Paulo César S. Macedo Data da Cirurgia: 02.01.20
Médico: Dr. Leonardo Gama Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
<u>Tubo e tubo</u>	<u>01</u>	<u>01</u>	

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				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: *Caio Elias S. Maciel*Nº do Registro: *1705181*Clínica: *Ortopedia*

Nº do Leito:

Operador: *Dr. Leonardo Gomes*1º Assistente: *Dra. Simone C.*

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fx de joelho distal*Diagnóstico Pós-Operatório: *O mesmo*Operação Proposta: *710 curativos de Fx de joelho*Operação Realizada: *A mesma*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1- Paciente em DDA sob sedação, dezoito minutos
- 2- Rótula asséptica + aplicação de campos estéril
- 3- Realizado diagnóstico de joelho priv. + visualização de foco de fratura + redução imediata
- 4- Aplicação de placa ALCP PL joelho distal com 08 paraf. + 02 paraf. espessos + 02 corticais + 04 bloqueadores
- 5- Retirado enxerto osso de corte ilíaco (C) + colocou no joelho (pelo osso)
- 6- Apertou mais por placa após injetou com SIF 0,9%
- 7- Sutura da pele com nylon 2.0
- 8- Curativos estéril



HOSPITAL GERAL
SEVERINO PEREIRA
DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

kan ~~cer~~ ~~1/1~~ ~~pm~~
Oct. trizado pelo Somo
q. balite etiter e
q. politransistina. ~~ss~~
Coliza de ~~not~~

HA 5838 689

peem. ~~an~~ + ~~trans~~

16/12/19

2
~~Dr. Antonio Marcos Camargo~~
Médico
CREMEPE 25630



PREFEITURA DE
TAQUARITINGA
DO NORTE
Construindo uma nova história

SECRETARIA DE
SAÚDE



FUNDAÇÃO



Scanned with
CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Caio Cesar

EVOLUÇÃO CLÍNICA

30/01/2010 # Vida operatória e

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de
Fx de fêmur. Realizado osteossintese com placa ALCP.
Procedimento sem intercorrências.

Pd VPM

ASL

Ao 6º andar após alta de SR

30/01/2010

Admissão - SRPA

Paciente em PD de tratamento cirúrgico de Fx de fêmur. Admitido paciente
E, 2022. Relato de anamnese de paciente que apresentou episódio de hipotensão
durante procedimento cirúrgico e com PA limítrofe. Realizou HTF de OAC. Admitido
paciente estável hemodinamicamente, em uso de DVA, sem alterações respiratórias.
do espontaneamente em ar ambiente, sem desconforto respiratório.

do exame: ECG, consciente, orientado, eufórico, hipotensão +/4+.

AC: ECG em 21 BKE SIS FC: 35bpm PA: 93/44 mmHg (60)

AR: MV + em HTF VIRA FR: 18bpm SaO2 98% em AA

ABD: plano, depressível, discretamente doloroso à palpação de quadrante
inferior esquerdo, PAAD.

CO: 1) Colhe Hb/Ht por HTF: 40,5/30,9;

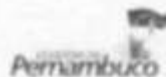
2) Como PA limítrofe - faz expansão com 1000 ml SRL;

3) Vigiar PA e Havalha após expansão.

Carimbo de Pádua
Eduardo de Paula
Eduardo de Paula



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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; QUEIXA-SE DE DOR EM MID.
AO EXAME FÍSICO: OBSERVADO FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO DIREITO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM MID.
NEUROLÓGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGÊNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRÚRGICA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAÇÃO SECÇÃO PURULENTE PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
16/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAÍDA DE BASTANTE SECREÇÃO PURULENTE DA PERNA DIREITA
FOI COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:
NOVOS EXAMES LABS
SUIPORTE CLÍNICO
AGUARDO RESULTADO DA CULTURA

Dr. Sandro Napolitano
MÉDICO
CRM 10.742

curativo
18/01/20
E. Garcia

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Clayson de S. Nascimento*

Nº do Registro : *1705184*

Clinica : *Oftalmologia*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Leonardo Carneiro*

1º Assistente : *Dra. Simone Cristine*

2º Assistente : *Dr. Thiago Augusto*

Instrumentador :

Anestesista : *Dra. Luciana*

Anestesia : *geral*

Duração :

Data da Operação : *16-01-20*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura de zênure distal D*


Diagnóstico Pós-Operatório : *0 mesmo*

Operação Proposta : *Oclusão de zênure distal*

Operação Realizada : *A mesma*

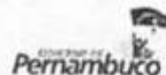
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Paciente em 2014 sob anestesia geral
2. Retina críptica + aplicação de carpos estais
3. Realizado incisão em esp. lateral de canal por D + visualizado medula quantidade de nervos presentes
4. Corteza ungue + unguia exata - co SF 0,91
5. Reporcionamento de zênure externa (tubo a tubo)
6. Curativo final


Dr. Leonardo Carneiro
CRM 1705184



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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; 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 CIRURGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERDAO SECERCAO PURULENTO PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA +
16/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRURGICA - COM SAIDA DE BASTANTE SECRECAO PURULENTO DA PERNA DIREITA
FOI COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:
NOVOS EXAMES LABS
SUPORTE CLINICO
AGUARDO RESULTADO DA CULTURA

Dr. Stanley Napoleão
M.DICO
CRM 191772

curativo
18/01/20
A. Garcia B

D. Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow Abertura Ocular	Score	Glasgow Resposta Verbal	Score	Glasgow Resposta Motora	Score
Hora		Hora		Hora	

Glasgow 04 + V4 + M6 = 14

Exposição/Abdômen
<p>Abdome fletido, indolor</p> <p>MID imobilizado</p> <p>Lesão corticostusa extensa em região parietal E.</p>

Diagnóstico Inicial	Cod. Procedimento
<p>Politrauma - TCE</p> <p>Fratura de fêmur D</p>	

Conduta	Ass. Médico
<p>1) SRI 1000 mg EV agora</p> <p>2) Av. Ortop + NCR</p> <p>3) TC crânio, torax, abdome, coluna cervical</p> <p>4) Reserva de sangue</p>	

Evolução de Enfermagem	Ass. Enfermagem
<p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p><i>[Stamp: Rosângela Lima CRM-PE 21.254]</i></p>	

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<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: _____	

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 nosocômio, 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

Caio César S. Macanente

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16-01-20

Alta operatória

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal, realizado o alinhamento, dilação, limpeza cirúrgica e reposicionamento do quadril externo (tubo e tala). Procedimento realizado com sucesso.

Ed. VPM

A SR

AO 6º andar após alta da SR

16-01-2020

SRPA

11:15 Paciente admitido na SRPA após procedimento cirúrgico após anestesia geral. Paciente com queixa de dor em MLD, onde se encontra com fratura extensa e aberta.

- O to mame: Elongado, convexo, pouco sensível, após

pe. RUMBERT, SR 11:05 - D 110 x 6

pe. MURPHY, SR 11:18 - Sot 98%

pe. Apromul, rodado, com MLD, RUMBERT

- O to Gaxo indolente

Barahim para alto

Ruan Silva Sá
CRM-PE 28904

SRPA

12:20 - Paciente com queixa de dor, hemodinamicamente estável e bem acordado.

se Alta da SRPA

Ruan Silva Sá
CRM-PE 28904



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 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 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.
NEUROLÓGICO E VASCULAR PRESERVADO.

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA.

REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGÊNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS

URGÊNCIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAÇÃO SECREÇÃO PURULENTA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAÍDA DE BASTANTE SECREÇÃO PURULENTA DA PERNA DIREITA
FOLHADO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CE:

NOVOS EXAMES LABS

SUORTE CLÍNICO

AGUARDANDO RESULTADO DA CULTURA

Dr. Sanyer Napoleão
Médico
CREMEPE 29.148

Dr. Sanyer Napoleão
Médico
CREMEPE 29.148



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Prontuário Eletrônico do Paciente

Relatório de Prescrição / Evolução

Página 2 / 2

Emitido por FRANCISCO SDN

Em: 21/01/2020 07:30

NOME: CAIO CESAR DA SILVA MASCARENHA

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA NASC.: 04/01/1998

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

ATENDIMENTO: 1525537

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 21/01/2020

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.
NEUROLÓGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA

REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGÊNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS

CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAÇÃO SECREÇÃO PURULENTA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
16/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAÍDA DE BASTANTE SECREÇÃO PURULENTA DA PERNA DIREITA
FOI COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:

NOVOS EXAMES LABS

SUORTE CLÍNICO

AGUARDO RESULTADO DA CULTURA

curativo
23.01.20
23.01.20
Dr. Stanley Napolitano
CREMEPE 29.140

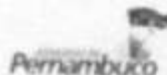
W. atv.
22.01.20
Junia

curativo
25.01.20
Junia



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA NASC: 04/01/1998

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

ATENDIMENTO: 1525537

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.
NEUROLÓGICO E VASCULAR PRESERVADO

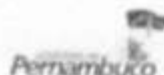
HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA
REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGÊNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS
CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVADO SECÇÃO PURULENTE PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAÍDA DE BASTANTE SECREÇÃO PURULENTE DA PERNA DIREITA
COLHIDO 3 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CD:
NOVOIS EXAMES LABS
SUIPORTE CLÍNICO
AGUARDO RESULTADO DA CULTURA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA NASC: 04/01/1998

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

ATENDIMENTO: 1525537

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 25/01/2020

Hora: 09:40

PACIENTE VITIMA 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.
NEUROLÓGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA

REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGÊNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS

URGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAÇÃO SECREÇÃO PURULENTA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAÍDA DE BASTANTE SECREÇÃO PURULENTA DA PERNA DIREITA

COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CULTURA

SENSÍVEL: VANCO + MERO

CD:
SÍMPTOMAS CLÍNICOS

FEUCC

AGUARDA NOVO MOMENTO CIRÚRGICO

Stanley Napoleão
01-02-20
Stanley

Dr. Stanley Napoleão
Médico
CREMEPE 29.148

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 66 - 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

1ª Via Fixa

Hospital: H.R. 1705181 Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: CAIO SERAFIM DA SILVA NASC. Data da Cirurgia: 16.01.2020
Médico: DRE LEONARDO F. SIMONE Membro Operado: UMD

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
FIXADOR EXTERNO TUBO TUBO		01	CA 365

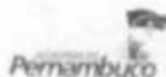
PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

FATURADO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA NASC: 04/01/1998

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

ATENDIMENTO: 1525537

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/01/2020

Hora: 09:40

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

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA

REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGÊNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS

URGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERVAÇÃO SECERÇÃO PURULENTA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +
01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAÍDA DE BASTANTE SECERÇÃO PURULENTA DA PERNA DIREITA

COLHIDO 5 FRASCO PARA CULTURA (16/01/2020)

CULTURA

SENSÍVEL: VANCO + MERO

CD:

APORTE CLÍNICO

+ LEUCO

AGUARDA NOVO MOMENTO CIRÚRGICO

Dr. Stanley Napoleão
Médico
CREMEPE 29.148

D. Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isoônicas <input type="checkbox"/>	Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow Abertura Ocular	Score	Glasgow Resposta Verbal	Score	Glasgow Resposta Motora	Score					
Hora		Hora		Hora						

Glasgow 04 + V4 + M6 = 14

E. Exposição/Abdômen

Abdome fequido, indolor

MID imobilizado

Lesão corticostriada extensa em região parietal e

Diagnóstico Inicial

Politrauma - TCE
Fratura de fêmur D

Cod. Procedimento

Conduta

1) SRI 1000 ml EV agudo

2) Av. Ortop e NCR

3) TC crânio, torax, abdome, coluna cervical

4) Reserva de sangue

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem
CRM-PE 21.254

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta
Internado na Clínica
Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ 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 nosocômio, 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



NOME: CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 1705181

SEXO: Masculino

DATA NASC: 04/01/1998

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

ATENDIMENTO: 1525527

Leito: 604-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 28/01/2020

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.
NEUROLÓGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL A DIREITA

REALIZADO FIXADOR TUBO A TUBO NA URGÊNCIA + LIMPEZA CIRÚRGICA PARA CONTROLE DE DANOS

CIRURGIA PROGRAMADA 02/01/2020 - OBSERDAÇÃO SECREÇÃO PURULENTA PROFUNDA - REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA +

02/01/2020 - REALIZADO NOVA LIMPEZA CIRÚRGICA - COM SAÍDA DE BASTANTE SECREÇÃO PURULENTA DA PERNA DIREITA

COLETA

SENSÍVEL: VANCO + MERO

CD:
SÍNDROME CLÍNICO

LEUCO

AGUARDA NOVO MOMENTO CIRÚRGICO

PR = 1,73

curativo

29.01.20

Guilherme

31.01.20

Guilherme

Dr. Stanley Napoleão
Médico
CREMEPE 29.148

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.857/0001-27 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 062739

1ª Via Fixa

Hospital: HIA/2018Convênio: SusCidade: RecifeNome do Paciente: João Luiz da Silva PereiraData da Cirurgia: 30/1/2020Médico: Leonardo V. / Ruan / SorianMembro Operado: M+D

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

Placa LCP 4,5 P/ fêmur distal

8 Pnos

01

492

Parafuso ESPOSSO

03

4

Parafuso bloqueador

04

4

u cortical

02

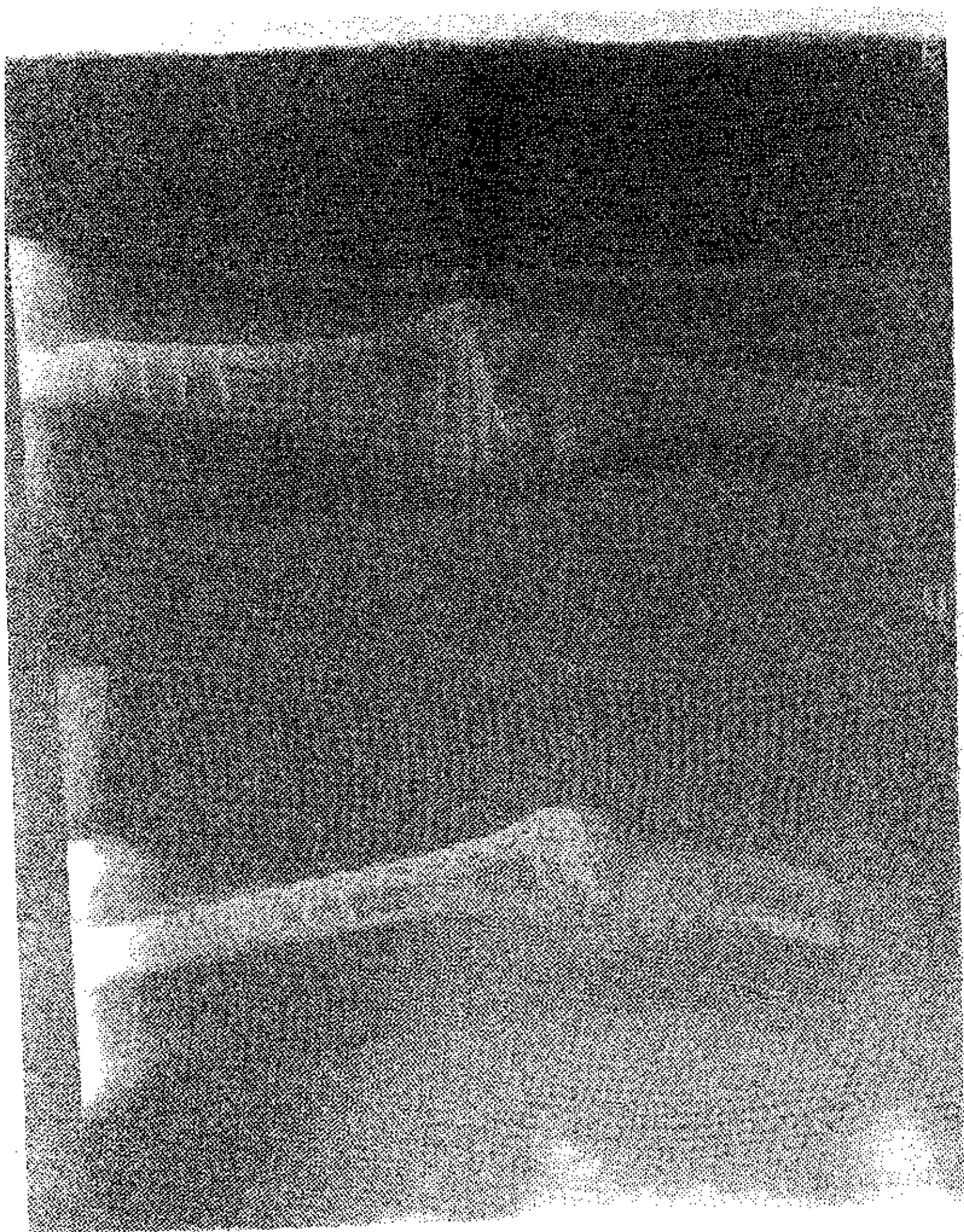
11

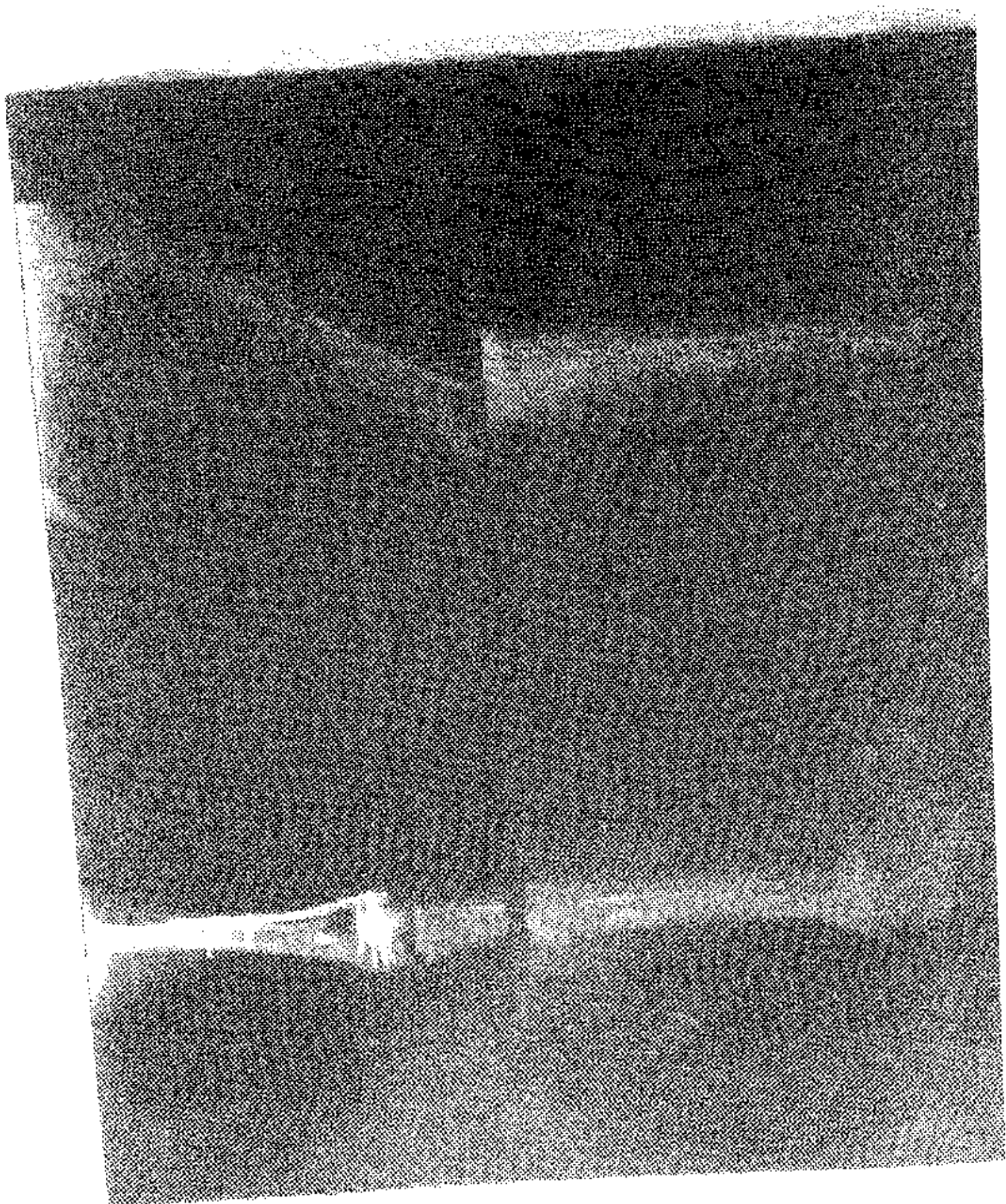
Leonardo V. Sorian
Ortomédica
CRM 1000000000

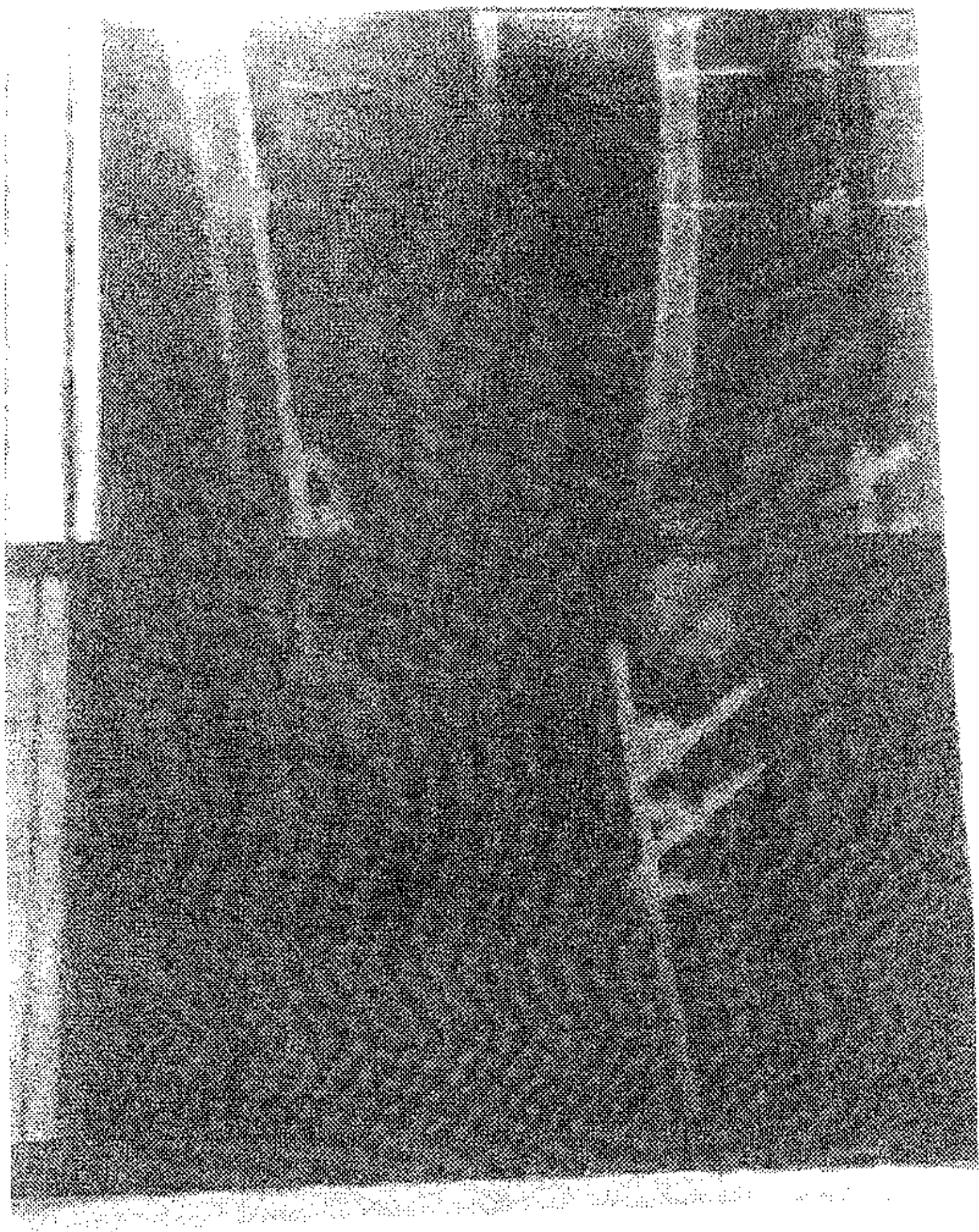
PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

FATURADO

INDICADOR INSTRUMENTADOR:







FILIAÇÃO
NIVALDO PEREIRA DO NASCIMENTO
 Pp 1

M/E
CLAUDIA MARIA DA SILVA

DATA NASC.
 04/01/1998

NATURALIDADE
 TAQUARITINGA DO NORTE - PE

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

Com/Ch ou Dat
MARCO FERRERA DE MORAIS - 2. TEN
 Delegado do Serviço Militar do 6º Det Sa MIO/21ª CSIM
PROIBIDO PLASTIFICAR

MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
21ª C S M

Nº
498208

SERIE: V
RA 210992047063

NOME
CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
 Empresa: Taquaritinga do Norte, PE, 55120-015

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
10.330.704
09/03/2016

CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO >>
NIVALDO PEREIRA DO NASCIMENTO >>
CLAUDIA MARIA DA SILVA >>

TAQUARITINGA DO NORTE - PE
04/01/1998

735.914-00
074146 01 55 1998 1 00001 181
1000724 06 TAQUARITINGA DO NORTE-PE >>

LEI Nº 7.116 DE 28/09/93
F-70 44 A31 +4322

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA
SECRETARIA DE DEFESA

CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CONE

EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF

3092030 SEP PE

CNP

DATA NASCIMENTO

574.940.534-69

04/06/1968

PLACAO

AMARO FERNANDES DE

OLIVEIRA SOBRINHO

DALVANI COSTA DE

ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSAO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

01A10701206

VALIDADE

15/12/2030

Nº HABILITAÇÃO

25/09/1966

OBSERVAÇÕES

A

LOCAL

BANJA CRUZ DO CAPIBARIPE - PE

DATA EMISSÃO

16/12/2015

Assinatura do titular

67587078291

95070298467

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014482215704
EXERCÍCIO 2018
RATIFICADO *****

NOME
JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO

TAQ. DO MOTORISTA
305.689.354-20

PLACA
RHS812

CHASSI
9C2K0810R133239

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

ANEXO 2308

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

VENO / COTAS
1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) - OF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. BANCO FIDESA SA

TAQ. DO DETRAN
16/06/18

Assinatura do Presidente do DETRAN/PE

DETRAN

CONTINUA

PE Nº 014482215704 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO

CASA 120. DO NORTE-PE 55790-000

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 16/06/18

VIA 105.000.53.20 PLACA RHS812

ANEXO 2308

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) - OF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. BANCO FIDESA SA

TAQ. DO DETRAN
16/06/18

Assinatura do Presidente do DETRAN/PE

Assinatura do Presidente do DETRAN/PE

Assinatura do Presidente do DETRAN/PE

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: 3200127/103 Data da solicitação: 07/04/2020
Nome do beneficiário: CAIO CÉSAR DA SILVA VASCONCELOS CPF do beneficiário: 136.755.914-00
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
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 REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: DOC IMAGEM (DESCREVER)

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

TAQUARA, 07/04/2020
Local e Data
X Caio César da Silva Vasconcelos
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.
Observação sobre beneficiário/última não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu 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

Valoração 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

Valoração 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

Valoração 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: 31/03/2020

Valoração 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 CONSTITUO 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)

CARTÓRIO
Taquaritinga do Norte
Serviço Notarial e Registral

Rua Cel. Tejo, 19-A - Centro - Taquaritinga do Norte - PE
Fone: (81) 3733-1085 - E-mail: sntaquaritinga-pe@tbn.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de: **CAIO CESAR DA SILVA NASCIMENTO**. Dou fé. Taq. do Norte, 20/02/2020. Em test^o 1 da verdade.

(a) **LUÍS OTÁVIO PRAZIN BEZERRA** - Substituto (Emol: R\$ 3,63.
TSNR: R\$ 0,82. FERC: 0,41 FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08) Selo:
0076513.CWK10201901.04785
Selo: 0076513.CWK10201901.04785



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 médico-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

Data da apresentação: 09/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos