
Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703876

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RUTE MARIA JOSE DA SILVA

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703876

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RUTE MARIA JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **RUTE MARIA JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003283**

Conta: **000984819934-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Rute Maria Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Rute Maria Jose da Silva 6 - CPF: 161.979.984-75
7 - Profissão: 8 - Endereço: Engenho Coates 9 - Número: 150 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Eng. Coates 12 - Cidade: Ipojuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55590-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 995305579

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)

AGÊNCIA: 3283 ☐ CONTA: 984819934 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel 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, Rute 03 de dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA DA CAIXA

a primeira do Brasil

POUPANÇA

3283. 984819934-4

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

**Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético da Poupança**

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101

0800-726 2492

0800-725 7474

Reclamações,
sugestões e elogios.

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva

Ouvidoria

37-168 v004



565465
0455002/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0132001827**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/10/2019** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/9/2019** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SERRAMBI, 1** - Bairro: **SERRAMBI** -
IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA (OUTRO)
SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA (VITIMA)
RUTE MARIA JOSÉ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DAMIANA MARIA DA SILVA** Data de Nascimento: **26/10/1992** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO /BRASIL**

SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ SANTANA DA SILVA** Pai: **JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA** Data de Nascimento: **2/3/1992** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8585886/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 993870856**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE SERRAMBI, 22, ENGENHO CAETÉS, RUA 02 - CEP: 0 - Bairro: SERRAMBI - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RUTE MARIA JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **5/7/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10614104/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)** Telefones Celulares: **- 993870856**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE SERRAMBI, 22, ENGENHO CAETÉS, RUA 02 - CEP: 0 - Bairro: SERRAMBI - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q 2** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDR5692** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **LXYXCBL00B04456**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA AS VÍTIMAS EM TELA, COMUNICANDO QUE A PESSOA DO SANDRAQUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SHINERAY DE PLACA PDR5692 JÁ QUALIFICADA E NO CARONA A PESSOA DA RUTE MARIA QUANDO UM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO DE UM CAMINHÃO QUE CARREGADA CANA-DE-AÇÚCAR NA RODOVIA DE ACESSO A SERRAMBI-IPOJUCA/PE O TRANCOU E ESTE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO SOLO JUNTAMENTE COM O CARONA, AMBOS SOFRERAM FRATURAS, RUTE SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E SANDRAQUE SOFREU FRATURA NA PATELA, FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DE SERRAMBI E POSTERIORMENTE REMOVIDOS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA REGISTROS 42987 E 522372, SOFRERAM INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. REGISTRE-SE. CASO AFETO DELEGACIA DE PORTO DE GALINHAS-PE.

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

JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA
(OUTRO)

SANDRAQUE JOSÉ DA SILVA

(VITIMA)

RUTE MARIA JOSÉ DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **TERESA CRISTINA DOS SANTOS** - Matrícula: **273077-4**



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: 4 - Nome completo da vítima: Rute Maria Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Rute Maria Jose da Silva 6 - CPF: 161.979.984-75
7 - Profissão: 8 - Endereço: Engenho Coates 9 - Número: 150 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Eng. Coates 12 - Cidade: Ipojuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55590-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 995305579

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: _____

AGÊNCIA: 3283 ☐ CONTA: 984819934 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel 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, Rute 03 de dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Atendimento: 522354

Data e Hora: 14/09/2019 23:35

Senha da Classificação:

0057

Paciente: 120288 RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Data do Nascimento: 05/07/2001 Idade: 18 anos

Sexo: FEMININO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai:

Endereço: ENGENHO CAETES

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 47726

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Bairro: CENTRO

RG (Identidade):

Usuário Atendimento: AMANDAMMS

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão:

Cartão SUS:

Fone:

Data de Emissão CRN:

História Clínica

Alergia a Drogas

LAB: 42608

RESUMO DE TRATAMENTO

Pes: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente

HA Grita de dor, dor no ombro direito e no ombro esquerdo.

Ferimento exposto no membro superior direito. URGENTE USO DE

CDPocete. Refere dor no membro superior direito.

Paciente com dor no ombro direito e no ombro esquerdo. Dor no ombro direito e no ombro esquerdo.

Exame Físico

Glândulas, Lúmen, Desconforto em tempo e espaço.

Ferimento punhalado em ombro direito em tempo e espaço.

Lesões cutâneas presentes.

hipotese Diagnostico

Frat. exposto no ombro?

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

ATENDIDO

1) Cefalotina 2g - 1 Amp

2) SAT 01/45h

3) SFC/SI 100ml + 1 Amp tramol

4) RX sem trauma + curativo

5) - tc crânio + punção geral

Realizar após geral

Dr. Igor Abutrab Médico / CRM-PE 27772

14 SET. 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE

LEITO DO PACIENTE

→ No Bloco Cirurgico Ns 1214 (Muito perto de CO)

Avraham Ferrelra SPOT 13098 / SBCOC CRM 17411

AO RX: Frot. N. curculos. Exposto. punthForm

- CD: 1- LAVAGEM Abdominal SFCs.
2- curativo
3 - Talo em coto.
4- RX pós tob.

5- Intermecção Hospitalar. Sob. orientações

Dr. EDSBY

Dr. Mor Abutrab
Médico CRM-PE 27778

A SAU ver de

15 SET. 2019

5/09/19
07:30h.

#C6A

Paciente vítima de acidente automobilístico, há cerca de 10h. Refere dor na abd. Refere perda de consciência e vômitos Negro da abdominal. Rx de tórax sem alterações. A: Vias aéreas pervias; B: Mucosa ANTS/NA; C: RCR ~ 21, BNF FC: 72 bpm. D: Glaxo 15 E: Abd flácido, indurido palpável. CD: Aguardo TC de novo (houve)

Dr. Fernando Cavalcanti
Cirurgião Geral
CRM-PE 20238

5	2 ANKA PELVE, CLAVICULA, COLUMA, TOTA X	15/09/19
QUANTIDADE DE FILMES	LOCAL DO CORPO	DATA
RAIO-X		

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03283

CONTA: 000984819934-4

Nr. da Autenticação 366984E73A7E16FE



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-05 | Ins. Est. 0055943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
EG CAETES 150

CPF: 087.822.324-07 NIS: 20633189905

ENGENHO CAETES/POJUCA RURAL
IPOJUCA/PE
55590-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO	PERÍODO
7016847628	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	106,32

Nº DE SUBSTÂNCIA	UNICA	ANEXO
089108913		28/10/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DE FOLHA	PÁGINA TOTAL
29/10/2019	2013432223	6940068

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27048070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,48369834	33,85
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	75,0000000	0,86554752	64,96
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,30
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 075362054-28/08/19			0,83
ICMS Subvenção Baixa Renda			0,06

TOTAL DA FATURA

106,32

DEMONSTRATIVO DE COMBUSTO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
315074889	CAT	28-09-2019 8.936,00	29-10-2019 8.311,00	33	1,00000		176,00

INFORMAÇÕES DE CANCELAMENTO

OUT 19 175

SET 19 193

AGO 19 183

JUL 19 165

JUN 19 113

MAI 19 117

ABR 19 141

MAR 19 169

FEV 19 150

JAN 19 180

DEZ 18 179

NOV 18 187

OUT 18 185

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

ICMS

PIS

COFINS

VALOR DO IMPOSTO

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

5,96

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Consumo de Energia

Transmissão

Distribuição (Celpe)

Perdas de Energia

Encargos Setoriais

Tributos

Total

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

176,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real no site www.celpe.com.br

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

LIMITE DAS CONTAS EM ABERTO (R\$)

AS CONDIÇÕES GERAIS DE

Fornecimento de Energia Elétrica

estão disponíveis no site

www.celpe.com.br

e no Anexo 1 da Nota Fiscal

de Energia Elétrica

emitida pela CELPE

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

para o fornecimento de

energia elétrica

CONTA CONTRATO MÊS 10/2019 DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

83880000001-1 06320011007-0 01684762810-4 14245553483-9





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA MATRÍCULA: 54871430 Set/2019
R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370
INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 054871430

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175611159	DATA LEIT. ANTERIOR 10/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 09/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

ÁGUA:

LEIT ANT: 238 CONSUMO: 12
LEIT ATU: 250
LEIT FAT: 250

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2019 16
07/2019 16
06/2019 17
05/2019 22
04/2019 15
03/2019 13
MÉDIA: 17

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	126	148	145
COR APARENTE	148	148	143
CLORO RESIDUAL	148	148	148
COLIF. TOTAIS	148	148	147
E. COLI	148	148	148

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	2 M3	10,10
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 09/2019		1,00

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	54,18	1,65	0,89
COPING	54,18	7,60	4,12

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 55,18

MENSAGEM:

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Arthur Valeriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rute Maria José da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 161.979.984-45, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima
Rute Maria J. da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 161.979.984-45, 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 Apuleu Vilas</u>		Número	<u>113</u>	Complemento	<u>Comp</u>
Bairro	<u>Várzea</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
						<u>811995305578</u>

Recife de dezembro de 2019
Local e Data

Arthur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

Atendimento: 522354

Data e Hora: 14/09/2019 23:35

Senha da Classificação:

0057

Paciente: 120288 RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Data do Nascimento: 05/07/2001

Idade: 18 anos

Sexo: FEMININO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai:

Endereço: ENGENHO CAETES

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 47726

Cidade/UF: IPOJUCA

PE

Bairro: CENTRO

RG (Identidade):

Usuário Atendimento: AMANDAMMS

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão:

Cartão SUS:

Fone:

Data de Emissão CRN:

História Clínica

Alergia a Drogas

L20-4260

RESUMO DE TRATAMENTO

Pes: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente

Alcôzima, vômito de conteúdo duodenal

Há cerca de 04h, adormeceu em ombro +

Ferimento exposto no membro superior direito uso de

CDPocete. Refere dor no membro

parte inferior, porém desconforto em tempo e espaço (C6? Dica)

Exame Físico

Glossa 15, língua, desconforto em tempo e espaço

Ferimento punhalado em ombro (D) em

topografia recusada.

Exame físico preservado

hipotese Diagnostico

Fratura exposta no membro?

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

ATENDIDO

1) Cefalotina 2g - 1 Amp (C)

2) SAT 01/45h

3) SFC 5% 100ml + 1 Amp tramol (C)

4) RX sem trauma + cirurgia (D) ap+ZnK

5) - TC crânio + punção lombar

Preservar após geral

Dr. Igor Abutrab Médico / CRM-PE 2777

14 SET. 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE

LEITO DO PACIENTE

→ No Bloco Cirurgia às 12h (Muito perto de C6)

Avraham Ferrel
SBOT 13098 / SBCOC
CRM 17411

AO RX: Frot. N. curculos. Exposto. punthForm

- CD: 1- LAVAGEM Abdominal SFCs.
2- curativo
3 - Talo em coto.
4- Rx pós tab.

5- Intermecção Hospitalar. Sob. orientações

Dr. EDSBY

Dr. Mor Abutrab
Médico CRM-PE 27778

15 SET. 2019

A SAU ver de

5/09/19
07:30h.

#C6A

Paciente vítima de acidente automobilístico, há cerca de 10h. Refere dor na abd. Refere perda de consciência e vômitos Negro da abdominal. Rx de tórax sem alterações. A: Vias aéreas pervias; B: Mucosa ANTS/NA; C: RCR ~ 21, BNF FC: 72 bpm. D: Glaucomas E: Abd. flácido, indolor à palpação. CD: Aguardo TC de novo (houve)

Dr. Fernando Cavalcanti
Cirurgião Geral
CRM-PE 20238

5	2 ANKA PELVE, CLAVICULA, COLUMA, TOTA X	15/09/19
QUANTIDADE DE FILMES	LOCAL DO CORPO	DATA
RAIO-X		

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 23:14

Nome Paciente: RUTE MARIA JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/07/2001
Sexo: Feminino
Idade: 18 anos
Senha: 0057
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/09/2019 23:27 - 14/09/2019 23:30

YLEANA DANIELLE DOS SANTOS NEGRAO - COREN: 010643 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DO SPA DE SERRAMBI APÓS ACIDENTE DE MOTO. FRATURA EXPOSTA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Medicamento(s):

HAS+
DM-
ALERGIA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 60.00 MMHG
- PAS: 100.00 MMHG
- SAT02: 98.00 %

Acolhido(a) por: YLEANA DANIELLE DOS SANTOS NEGRAO - COREN: 010643 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/09/2019 23:30

Resumo de Alta Hospitalar

2-4

PACIENTE: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

REGISTRO: 12088

IDADE: 18

DATA ADMISSÃO: 14/09/2018

DATA ALTA: 16/09/2019

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EM CLAVICULA D

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TTO COM PLACA E PARAFUSO

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) IMOBILIZAÇÃO HEMI-JOTA POR 02 SEMANAS

2) UTILIZAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS

3) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)

Data da Consulta: 30/09/2019
Não ()

às 06:30 horas

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE: 26.693

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 15/09/2019
Hora.....: 20:21

Aviso de Cirurgia : 42987
Paciente : 120288
Convênio Atend. : 1
Leito : 252
Dt. Início :
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02
RUTE MARIA JOSE DA SILVA
SUS - INTERNACAO
LEITO 08-E
Dt. Fim : 15/09/2019 20:25

Atendimento : 522370
Carteira :
Idade : 18 Anos

Concedimento: 0408010150
Convênio: 001
Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Cirurgia

17411 AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA

Descrição Cirúrgica :

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA
ACESSO ANTERIOR DE CLAVÍCULA
LIMPEZA CIRURGICA COM SF0,9%
APOSICAO DE PLACA RECONSTRUCAO 8 FUROS DA CX 3.5 /MODELACAO EM S
APOSICAO E 5 PARAFUSOS CORTICAIS+ AMARRILHA COM VICRYL 1
SUTURA COM NYLON E VICRYL
CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Avraham Ferreira
SBC 130984 SBCOC
CRM 17411

DR(A) : AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM : 17411

15.09.19

emissão

1

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 522370

Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Data e Hora do Atendimento: 14/09/2019 23:51

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Data do Nascimento: 05/07/2001

Estado Civil: SOLTEIRO

CPF:

Naturalidade:

Carteira Nacional SUS:

Endereço: ENGENHO CAETES

Cidade: IPOJUCA

Nome do Pai:

Idade: 18 anos Sexo: FEMININO

RG:

Certidão de Nascimento:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Ocupação Habitual: OUTROS

Prontuário: 120288

Data Emissão:

Data Emissão:

CENTRO

CEP: 55590970

Fone: 31830000

Origem: PM IPOJUCA

DADOS DO ATENDIMENTO

Do: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 12

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 14/09/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: 

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Tratamento:

Data em: 16/09/2019 Hora: 12:00

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26.693

14/09/2019
HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Manoel F. Godoy
Arquivista
SAME/Faturamento
19/09/2019

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Rita Maria José da Silva Data: 15/09/19 Registro: 120238
Convênio: SUS Leito: 118 Hora: 17

2. Equipe médica:

Cirurgião: Drs. A. A. A. A. A. 1º auxiliar: _____
Anestesista: Drs. Rodrigo + G. G. G. Instrumentador: Isabel
Circulante: Adriana J. J.

INSTRUMENTAL

VALIDADE

INDICADOR

2ap
capote
BSC 11111

blue → black

blue → black



preenho de foco
2x3,5 cromus
corte bustur

blue → black

blue → black



motor Arta
2121212

blue → black

blue → black



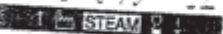
blue → black

blue → black



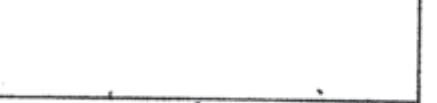
blue → black

blue → black



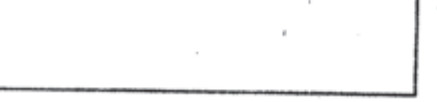
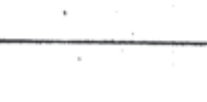
blue → black

blue → black



blue → black

blue → black





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Reg: 120288

Data

Acomodação

Paciente

RYTE MARY JOSE DA SILVA

CRM

18286

Nome do Anestesiologista

RODRIGO CANTUPE

Sexo

F

Cor

PMA

Idade

18

Risco

JE

Medicação Pré-anestésica

Nome do Cirurgião

ANIMAN

Cirurgia

Tratamento de fratura da clavícula

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Horário

19:00

20:00

N₂O

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

Drogas Usadas

Quantidade

1) FENTANIL

50-4

2) MIDAZOLAM

5-4

3) CLOMIDU 400

4-4

4)

Técnica Anestésica

BPB POR VIA INTEROSSEAL
ALÉRGICA C/ MANEJO DE
USG

Monitorização

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Volémia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever: GASTRO POR VOZ DA 13ª SEMANA (SI)
ALÉRGICA A DIPIRONA!!

Observações:

Assinatura do Anestesiologista

[illegible]

UFA Soranbi
1987.08.14

Don Kilds - Trauma do
5771 391

5771391
SERIAL: 5771391

INDIAN

1990年12月

Runde hovers voor de Sirena

458.10.11

DIAC: 05747A

Fructus hoste de clauinda

THE JOURNAL OF THE

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
 Queixas de dor em ombro direito após queda de
 peso do Paciente sobre o mesmo. Sem TCE.
 No exame: Fimotor a parte de demonstrar dor.
 Exames: AS
 RX: Per um 2T BVD D/M
 PA: 200 x 80 mmHg AR: JVV (+)
 FE: 96 bpm
 ausc. RT N/Ra FC: 38 bpm

② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ 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 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ 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

Alnus: Dipilona

INDEX

DOI 10.1002/jbm.b

UNIDABLE AND PAVEL

() 55.544

А. А. М. И. А. Н. С. Т. А. Б. А. С. Т. А.

() 11. The first part of the book is a () of the author's life.

DATA: 20/04/2015

MOBA: 20-25

Juliana B. Reis
C. Medica 22533
XORR, E. C. ALMEIDA

PROFESSOR D. WILFORD

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Rute Maria Fox da Silva Registro: 120288

Clinica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: bloco 400

Data/Hora	
15/09/19	* Serviço Social *
07:20h	Realizada visita ao leito, aten- ção com a família em relação às necessidades das mulheres e no- monitores do caso, para posteriores intervêntos.
	<i>Araceliene A. O. Rodrigues</i> Assistente Social CRESS nº 7341 - 4ª Região
15/09/19	* Serviço Social *
15:00h	Realizado atendimento e orientação para confirmação dos dados do ficha social e orientação quanto fluxo hospitalar e equipe DPVAT.
	<i>Isa Maria Lacerda Silva</i> Assistente Social CRESS nº 10412 - 4ª Região



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 120288

Nome: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

End.: ENGENHO CAETES

Enferm.: LEITO 08-E

Atendimento: 522370

Leito: 252

Dt.Cad: 14/09/2019

Dt. Nasc: 05/07/2001

Bairro: CENTRO

Cidade: IPOJUCA

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☒ Sim

apirena

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *NO*
 - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *2h, NO*

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NO*

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado

- ☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)

- ☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

osteossíntese de fr. clavícula

(D)

PACIENTE: Rute Maria José da Silva DATA: 15/09/19
CIRURGIÃO: Dr. Abraham RG: 120288
ANESTESISTA: Dr. Bodinho + Dr. Bress AUXILIAR: ---
CIRURGI: Ht. cirurg. de fist. de colon sigmóide ANESTESIA: Bloq. de pleio
ESTRUMENTADOR: Isabelo COORDENAÇÃO DO BLOCO: Ruano
CIRCULANTE: Adriana Faria COREN: 911.257
ENFERMEIRA: Anne HORÁRIO INICIAL: 19:20 HORÁRIO FINAL: ---

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS

REPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS

TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

CATETER

NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES

CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
----------	----------	----------	----------

CURATIVOS

ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
---------	--------	---------	-------------

EQUIPOS

BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
-------	------------	----------	--------------

EXTENSORES

20CM	40CM	60CM	120CM
------	------	------	-------

LAMINAS

BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVAS

LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
----------	----------	----------	----------

SERINGAS

1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS

ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Luk Maria dos Reis da Silva Data: 15/09/19 Hora: 18:15 Registro: 120288
Convênio: SUS Leito: Pico: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. A. A. A. A. Anestesiista: Dr. R. R. R. R. + Dr. G. G. G. G.
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Isabel I

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Tratamento de fratura de clavícula (D) Início: 19:10 Término:
Anestesia: Bloq. de plexo Início: 18:35 Término:

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (☒) Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado (☒) Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler (☒) Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (☒) Monitor Cardíaco (☒) PNI (☒) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico (☒) Local da Placa: Dorso
Carro de Anestesia () Difusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início Término
Protóxido () Início Término
Gás Carbônico () Início Término
Outros:

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (☒) Puncão Venoso: Sim () Não (☒)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (☒) Sonda Gástrica: Sim () Não (☒)
Anestesia (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim (☒) Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: na ficha do anestesiologista CIRURGIA:

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () - Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Apf () Residência ()

Data: 15/09/19 Hora: Enfermeira: Anne Circulante: Adriano J. J.

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Rute Mª JOE da Silva
REGISTRO: 320 288 DATA: 30/09/19 DATA NASC: 05/07/2003
SETOR DE ORIGEM: BC n° 16RPA SETOR DE DESTINO: TRIO

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>consciente, orientada</u> HGT: <u>96</u> PA: <u>120/80</u> Pulso: <u>60</u> Temp: <u>36,5</u> FR: <u>13</u> Oximetria: <u>99%</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central ☒ Não () Sim // SVD ☒ Não () Sim Alergia: () Não ☒ Sim Qual: <u>Diphen</u> Hemoderivados: () Não ☒ Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP ☒ Queda ☒ Ebleite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência ☒ Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado ☒ Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ☒ Realizado <u>Rx controle pos operatorio</u> () Pendente Curativo: () Não ☒ Sim Local: <u>oclusão em agulha clouculon</u> (D) Isolamento: ☒ Não () Sim Qual: <u>+ tipora</u>

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Monica Oliveira
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

HOSPITAL DOM HELDER
TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002



Paciente: Rute georgina josi de silva
Peso Atual: _____ Peso Habitual: 56 Altura: 1,60 Idade: 18 anos

Data: 15/09/19

Registro: 19.0288

Leito: Unidade 04

403.4

Parte 1 – Triagem Inicial

Paciente Apresenta IMC < 20,5?		SIM	NÃO
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?	<u>Inc: 21,8 kg/m²</u>		☒
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		☒	
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?			☒

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.
NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Equação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total= 01

NAN terciário

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Fabrizio Amorim
Nutricionista
CRN6 7556

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Velthuis B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Luiz Maria da Silva Leito da SRPA: _____
Leito de origem: 402-04 data: 15/09/19 Hora: 20:10 Registro: 100283

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura do clavicula direita
Tipo de anestesia: bloqueio pleco.
Equipe: Dr. Abraham

3. Admissão

Anestesista: Dr. Rodrigo
Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: MOE
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 150 x 89 mmHg FR: 21 p/min FC: 61 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>20:55</u>	<u>21:10</u>	<u>21:25</u>	<u>21:40</u>	<u>22:10</u>	<u>22:40</u>
FR	<u>150 x 80</u>	<u>160 x 83</u>	<u>160 x 80</u>	<u>161 x 82</u>	<u>130 x 80</u>	<u>112 x 105</u>
FC	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>13</u>	<u>13</u>	<u>13</u>	<u>13</u>
SaPO2	<u>66</u>	<u>66</u>	<u>57</u>	<u>55</u>	<u>59</u>	<u>59</u>
Glasgow	<u>99%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>99.1</u>

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 119 x 75 FC: 59 FR: 13 SaPO2: 99.1 Glasgow: _____
Destino: (x) Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência
Data: 15/09/19 Horário: 23:00 Responsável pelo encaminhamento: Alfredo 10
Alta da SRPA pelo médico: B. 18488

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Renê Chaves Jr. da Silva</u>		DATA NASC: <u>05/07/1961</u>
REGISTRO: <u>330788</u>	DATA: <u>29/09/12</u>	HORA: <u>14:30</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>Unidade</u>	SETOR DE DESTINO: <u>Neuro</u>	

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>lucidez, alerta</u> HGT: <u>84</u> PA: <u>120/80</u> Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: <u>Dipirona</u> Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Pêbite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado <u>TCC</u> () Pendente _____ Curativo: ☒ Não () Sim Local: _____ Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____

VALIDA EM TODOS OS SETORES
EXEMPLO DE ASSINATURA
ASSINATURA

**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: Rute Maria José da Silva Registro: 420288
Clínica: _____ Enfermaria: S.R.P.A Leito: _____
Sexo: _____ Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg
Hipótese Diagnóstica: _____

HORA: _____ PLANTÃO DIURNO: Impa DATA: 15/09/19
Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: MS
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Local: _____
Observações: Paciente E.G.R, admitido na S.R.P.A
aos 15h, consciente, orientado, apático, memórias
recentes C.P.M, segue aos cuidados
da enfermagem

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Camila 00120021
HORA: 20:10u PLANTÃO NOTURNO: Impa DATA: 15/09/19
Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: MOE
Curativo: (☒) Sim () Não Local: MOE
Drenos: () Sim (☒) Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Local: _____
Observações: # Paciente admitida na ORPA aos 20:10u consciente
orientada, porém com nível monitorizada com x
segundo em observação monitorando o corr

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Rete Maria Jose da Silva
Enfermaria: 102 Leito: 24 Registro: 120288 Clínica: TR
Diagnóstico: POPO plavícula

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Gravidez de 13 semanas
Sem queixas

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: DIPIRONA
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Cirurgias Anteriores Quais:

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: ☒ Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: NÃO

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR= °C FR _____ IPM Sat O2= _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepítantes FC _____ bpm
PA. _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTAÇÃO Local _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogástrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia

ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	() Sem Risco
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	18-20 pontos
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	() Risco Moderado
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	12-17 pontos
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente	() Alto Risco
FRICÇÃO CISSALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		6-11 pontos

Escala de Morse para Prevenção de Quedas			
	CATEGORIA	SIM/NÃO	SCORE
1	Histórico de queda (há no Máximo 3 meses)	Não Sim	0 25
2	Diagnóstico Secundário	Não Sim	0 15
3	Auxílio para Deambular		
	Sem auxílio/acamado/auxílio de enfermagem	Sim	0
	Muletas/Bengala/Andador	Sim	15
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30
4	Acesso Venoso	Não Sim	0 20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/Repouso no leito	Sim	0
	Debilidade	Sim	10
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
6	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superestima/esquece as próprias capacidades	Sim	15
Pontuação Total:			
Nível de Risco	SCORE	Ações	
Sem Risco	0 - 24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda	
Baixo Risco	25 - 50	Intervenções para Queda	
Alto Risco	> 51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda	


 389

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Douta Maria José de 312 Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Prót - exp - clonaz @

História da Doença Atual:

Desponte autismo de 13 anos.
Hist - pe para a consciência +
12 meses de idade

Interrogatório Sintomatológico:

De 1 - 10/06/2011

Exame Físico: _____

GPSCW 15, apresentando um tempo GPSCW.
(colocação? dtce?)
USC/VSC @

Antecedentes Pessoais: _____

UGG

Medicações em Uso _____

Ø

Antecedentes Familiares: _____

Ø

Hipótese Diagnóstica Principal: _____

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: _____

Plano Terapêutico: _____

Cabo de Santo Agostinho, _____

Dr. Igor Abutrab
Médico LCRM-PE 27778

Assinatura e Carimbo

14 SET. 2019

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Rute Mª Jon da Silva

Registro: 320288

Clinica: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Data/Hora	#Enfermagem - SRPA / Bloco #
15/09/19 23:00	Exclui em POS Osteossintese de Fract. da clavícula (D), EGR, consciente, orientada, hemodinâmica, SSVU estáveis; AUP em MSE (14/09), com tino esclerico em angio claviculor (D) + tioria, acubando bim dieta vien per U.O, diurex espontanea (4); Paciente gestante de 13 semanas; segue sem queixos, SSVU estáveis; H. Octavio 26/09/19 HD: Fractura em clavícula D RF por quebra de fratura de Hosptale E.G. M. J. da Silva Dr. Bruno Daltro Ortopedia / Traumatologia CRM 126.693
16.09.19 10:30h.	Psicologia - Per visitada. No momento encontra-se consciente, orientada, receptiva. Feito elaboracao de processo alta hospitalar. Mª Cássia Guerra Psicóloga / CRE-11044

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Rute maria Juc da Silva Registro: _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

[illegible]

07R-29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO DA PERNAMBUCO

PAZ E BEM-ESTAR

Rute Maria José da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NUMERO 10.614.104 DATA DE EXPEDICAO 13/06/2017

NOME << RUTE MARIA JOSÉ DA SILVA >>

PRENOME << >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NACIONALIDADE CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE DATA DE NASCIMENTO 05/07/2001

CCC ORIGIN << 076281 01 55 2002 1 00018 183 >>

0015026 76 IPOJUCA - PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

417040060507162531.7509237

63449

P-75 241.505

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARCA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488121558 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE ANTONIO DA SILVA 55590-000

VILA CARTES IPOJUCA-PE

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

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

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO
2019		02/02/19
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	035.955.244-70	2DR5692
RENAVAM	MARCA / MODELO	
1071367410	F/SHIMADA 10500 PHOENIX	
ANO FAB	CAT. TAXA	Nº CHASSI
2010	08	1XXRCEL00B0204456

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DEMATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
6.54	0.71	7.72
CUSTO DO BILHETE (R\$)	XOF (R\$)	DETALHE INSCRIÇÃO (R\$)
4.15	6.37	19.65
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		01/02/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

DESTAQUE E CHARGE O BILHETE DPVAT.
SUA NEG. E DE PORTE OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455002/19

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

CPF: 161.979.984-75

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 14/09/2019

Titular do CPF: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RUTE MARIA JOSE DA SILVA : 161.979.984-75

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: 17/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190703876 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.,3(BAM) P.5(CIRURGIA)

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE Rute Maria José da Silva

Portador (a) do documento de identidade n. 10.614.104, expedido por SPR-PE em

13/06/17 inscrito no CPF sob o n. 161.979.984-75, residente na

Engenho Coêta n. 150

complemento Casa, Barrio Eng. Coêta cidade Ipojuca, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em

10 / 05 /2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na

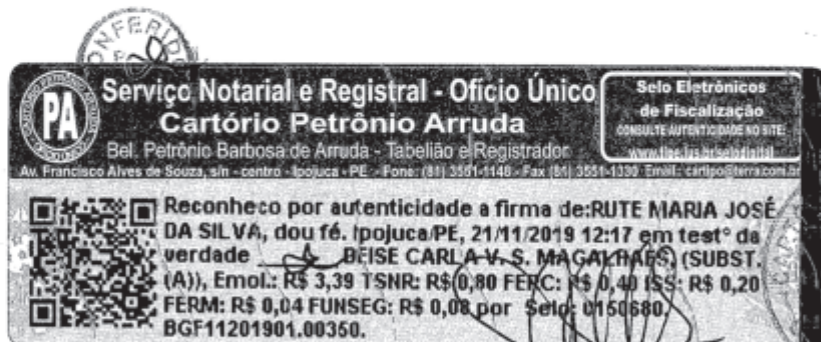
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA

cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 14/09/2019

Ipojuca 21 de novembro de 2019

OUTORGANTE Rute Maria José da Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455002/19

Vítima: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

CPF: 161.979.984-75

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 14/09/2019

Titular do CPF: RUTE MARIA JOSE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RUTE MARIA JOSE DA SILVA : 161.979.984-75

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: 17/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA