



14/09/2020

Número: **0021460-11.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BRAZ JOSE DA SILVA NETO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67917461	14/09/2020 17:07	ANEXO 1	Outros (Documento)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E4143000306

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/02/2020 às 19:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados), que aconteceu no dia 21/4/2019 às 16:30

Fato ocorrido no endereço: **RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES, 01** - Bairro: **SAO PEDRO** -
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO AO ANTIGO FORUM**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
BRAZ JOSE DA SILVA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) ; que estava em posse do(a) Sr(a): **BRAZ JOSE DA SILVA NETO**

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLETE MARIA BRAZ DA SILVA** Pai: **ANTONIO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **6/1/1994** Naturalidade: **RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8926430/SDS/PE (RG); 10517237440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 530, ST LAGOA DA CHÃ - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **BRAZ JOSE DA SILVA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFT9144 (PERNAMBUCO/RECIFE)** Renavam: **526744006** Chassi: **9C2KC1650DR800057**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE MICHAEL DA SILVA MONTEIRO**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE BRAZ JOSE DA SILVA NETO NA QUALIDADE DE VITIMA PASSA A DECLARAR QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO PREDIO DO ANTIGO FORUM, UM AUTOMOVEL QUE



ESTAVA ESTACIONADO SEM SINALIZAR ENTROU NA VIA COLIDINDO COM A MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA, O QUAL PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO AS MARGENS DA VIA; O CONDUTOR DECONHECIDO NÃO PAROU E SE EVADIU DO LOCAL AO PERCEBER QUE HAVIA PROVOCADO O ACIDENTE; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, DE ONDE APÓS AVALIAÇÃO CLÍNICA A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, LOCAL ESTE ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS CONFORME DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO
BRAZ JOSE DA SILVA NETO
(VITIMA)

Cicero
B.O. registrado por: **CICERO ABÍLIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

af





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo ou AN: 3 - CPF da vítima: 105 172.374-40 4 - Nome completo da vítima: Braz Jose da Silva Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 43/2012

5 - Nome completo: Braz Jose da Silva Neto 6 - CPF: 105 172.374-40
7 - Profissão: NUNCA 8 - Endereço: 51 Lagoa da Cha 9 - Número: 530 10 - Complemento:
11 - Bairro: Silva Lagoa da Cha 12 - Cidade: Bezeno 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): 81 995368288

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:

☐ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 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 POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 3192 CONTA: 90147 7 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, expondo, desde já, em me submeter à avaliação médica às regras da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 19, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou não? ☐ 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 a aqueles 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 o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezeno 19/02/2020

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Preparador (se houver)

02/2019

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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000090147-7

Nr. da Autenticação 5DD41A05C2D8FD5E



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANTONIO BRAZ DA SILVA Sr. Cliente REALIZE SEU CADASTRO !! CPF: 987.723.294-72	DATA DE VENCIMENTO 09/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 02/01/2020 NUMERO DA NOTA FISCAL 009006086	CONTA CONTRATO 001830599017 Nº DO CLIENTE 2990347128 Nº DA INSTALAÇÃO 0990348355
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SÍTIO LAGOA DA CHA 530 SÍTIO LAGOA DA CHAVEZERRAS RURAL 55699-099 BEZERRAS PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO E2DE.773A.3652.2749.BFF0.D512.1405.74B6			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR(R\$)				
Consumo Ativo(kWh)			0,56 318 433	0,00				
TOTAL DA FATURA				0,00				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	0,00	0,44	0,00	0,00	2,07	0,00

EM ATUALIZAÇÃO DE DÉBITOS EXISTENTES CAUSANDO CORTE					
Venda	Dt Receb	Valor	Venda	Dt Receb	Valor
29/07/19	02/01/20	23,93	29/08/19	19/09/19	29,53
29/08/19	02/01/20	23,35	29/09/19	22/05/19	43,69

Este consumidor NÃO possui débitos anteriores e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 30 - REN 414/Anel. Podem ocorrer após a cobrança, sem como inclusão nos registros de restrição de crédito: SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,563000	DEZ 19	0
		NOV 19	0
		OUT 19	0
		SET 19	0
		AGO 19	30
		JUL 19	30
		JUN 19	30
		MAI 19	30
		ABR 19	52
		MAR 19	99
		FEV 19	99
		JAN 19	99
		DEZ 18	74

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	0,00 100,00
Transmissão	0,00 0,00
Distribuição (0,00)	0,00 0,00
Encargos Setoriais	0,00 0,00
Tributos	0,00 0,00
Pontos de Energia	0,00 0,00
TOTAL	0,00 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MV09505	CAT	29/11/2019	4886,00	23/12/2019	4886,00	32	1,00000	0,00	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	RETA MENSAL	RETA TRIMESTRAL	RETA ANUAL
DIC-Nº de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
Limite DICR: 0,00					
FUS-Diferença de Carga de Uso = R\$ 0,00					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você bancos e games eletrônicos. Não pague no 99 loja 95 amarela / modismo: não pague no 99 loja 95 amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . Nada da leitura e bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade de fornecimento ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL). Juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mes. foneção do ICMS e conforme Art. 19, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade de no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 001830599017	MÊS/ANO 12/2019	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	VENCIMENTO 09/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr Braz José da Silva Neto, Identidade: 8.926.430 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência -4728, no dia 21 de abril de 2019, às 17h e 10 min, com queixa de Colisão Carro e Moto, na Avenida Agamenon Magalhães do Município de Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 19 de Dezembro de 2019,

Regina Moraes
Coord. de SMU do Samu Bezerros
COREN 142524

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 - Centro - CEP 55660-000 - Bezerros - PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





Prefeitura Municipal de Bezerras
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO:	
DATA: 21/04/19	HORA: 12:51			928-540	
NOME: B. da Silva		NOME DA MÃE: B. da Silva		TELEFONE: 928-92-8879	IDADE: 25 anos
DATA DE NASCIMENTO: 06/01/94		ACOMPANHANTE: B. da Silva			
END: J. da Silva		BAIRRO: J. da Silva		N.º 10	
CIDADE: J. da Silva		SINAIS VITAIS:			
PA: 110 mmHg	HGT: 104 mg/dL	T: °C	PESO: kg	S.A.M.U.	
96% MO-p.m.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO		18 anos	
I - Sinal de Emergência Imediata CLASSIFICAR COMO VERMELHO					
1. ☐ Apnéia ☐ Cínose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 lpm 2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar latificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese 3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 41 mg/dl ☐ Convulsão no momento 4. ☐ Politraumatismo/Glasgow < 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios 5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso 6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória					
II - Sinal de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito de sala de observação CLASSIFICAR COMO AMARELO					
1. ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas 2. ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação 3. ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento 4. ☐ Queimaduras de 1ª e 2ª graus não críticas SCQ < 10% ☐ Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas 5. ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa 6. ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe 7. ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática					
III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo CLASSIFICAR COMO VERDE					
1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora 2. ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações 3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia 4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave 5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abusos ☐ Intercorrências ortopédicas					
IV - Quadro clínico sem neutralização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social) CLASSIFICAR COMO AZUL					
1. ☐ Quebras crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente 2. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas 3. ☐ Troca de curativos ou retirada de pontos 4. ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X, Não urgentes. 5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes 6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda					
CLASSIFICAÇÃO					
☐ Vermelho ☐ Amarelo ☒ Verde ☐ Azul					
Paciente vítima de acidente de moto com escoriações pelo corpo + Pico hipertensivo + fratura em HSD					
Alergias: () NÃO () SIM, à					
ENCAMINHADO:					
ORIENTAÇÕES					
Assinatura de enfermeiro e carimbo COREN - RJ					
Assinatura do Assistente Social e carimbo					



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, A	REGISTRO:
-----------------------------	------------------------------	-----------

Quilograma: *visão de sustentação de 40 min. 100 kg. 100 kg. 100 kg. 100 kg.*

Apresenta distúrbio no equilíbrio dinâmico

Exame físico: *[assinatura]*
Médico - CREMEPE 23810

H.D.: *Prontidão funcional*

CONDUÇÃO/REAValiação/ CONDUÇÃO MEDICAÇÃO

Condução: *60 dias de reabilitação*

400

50 64 434

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: ____/____/____	SIM () NÃO () OBS: _____
Consulta e Observação	Solicitação	Hora: ____:____	
Indicação (Internamento)	Transferência		
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: ____/____/____

Hora: ____:____



Médico - CREMEPE
(Carimbo)





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

489

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Oculotóxico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/accidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 78 67 489

Nome do Paciente Briz Joxi da Silva Neto

Idade 13

Sexo: M () F () Profissão _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Puxado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso do Capacete: S () N ()
Surtido-Afogamento/Submersão () Solterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao Fogo/Estufa/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros: () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

OPRUBAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Última de acidente de trânsito quando estava a pé,
com a moto que estava andando.

Hipótese Diagnóstica: Gravidade em fratura.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (FGT): _____ Temperatura: _____ F.O.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia: S () N () Tiragem Intercoastais: S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Torax: S () N () Gemido Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Irregular () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
≤ 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FG: RN 120-160
≤ 1 ano 80-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Desorientação 3
Descoberta 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio da linha média ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões intra-torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões intra-abdominais: S () N () Fratura em Oso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálio Alcoolico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lóio () Maconha () Cole () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
PIO2: _____
Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Conduas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Enferm.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

UUSJ 21/04/14

Local e data

Hora: _____
Médico: _____
CRM: 23610
Médico Assistente



PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Bezerros, 08 de Novembro de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se necessário, consta nos arquivos da UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ, ficha de atendimento, sob número de registro 928.580 datado de 21 de abril de 2019, às 17h 51', do Sr. Braz José da Silva Neto, residente à Rua Ivanildo Pessoa Souto Maior, 10, Cruzeiro – Bezerros – PE. O mesmo foi trazido pelo SAMU, com relato de acidente de moto, sendo transferido no mesmo dia para o Hospital Regional do Agreste (HRA).

Sem mais para o momento, renovo votos de consideração e respeito
Atenciosamente,


Maria Clemilda da Silva Lira
Diretora Administrativa

Rua: Samuel Cunha, S/Nº - Centro - CEP: 55660-0000-Bezerros - PE
Fone: 3728-1366



HRA
HUMAN RESOURCES ASSOCIATION

Prontuário: 337306

Religión:

CNS:

Nº: 0

Estado: PE

Profissão:

Acompanhante:

CLINIC: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Using as Assistant his wife intervened
on a government on public air line
of mass activities or spectacles.

PA: FC: FR:

$\mu \nu$ etc.

SCENARIOS

Don't be down on Puerto Rico.

favorable prognosis

Dr. Thiago Cinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18418 TEST 18480

CRIM-70
Furrows Notes on LSH AK-47

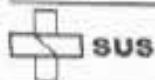
Q: DATE NAME PI TO ON

Diets

Date _____

Horário

Dr. Thomas
Orthopaedic Trauma
CRM PE 1846 TEST 1548



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

7 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAZ JOSÉ DA SILVA MEND

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

337306

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

16 - DATA DE NASCIMENTO

06/01/94

9 - SEXO

Masculino

10 - RACIA

3

11 - NOME DA MÃE

MARILENE MARIA BRIZ DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Lacerda da Chave

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Limoeiro

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO FRATURA TROCANTER DO M. D. COM LESÃO DA ARVIA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CUIDADO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS E FISIOLÓGICOS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA BÍFIDA M. D.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (PRESENCIA DO CONSELHO)

FRANCISCO CUNHA

21/09/19

Dr. Waldenir Soares da Silva

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (PRESENCIA DO CONSELHO)

Dr. Waldenir Soares da Silva

CRM 7169

261910396981-2



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA	2427419
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HRA	
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Beatriz de Almeida Neto	332306
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
	06/11/14
9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
Masculino	3
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
Armando Luiz Bez de Sousa	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)	16 - CID-10 PRINCIPAL
End. Lucas da Chama	
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO
Caruaru	PE
19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Deficiência em art. braço D	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Quebra Osso Ombro	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Rx + Artroscopia + ER	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID-10 SECUNDÁRIO
Doença Celular D	
25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Artroscopia	04080204518
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Ortopedia	
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
	22 ABR 2019
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
34 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	35 - CNPJ DA SEGURADORA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNME DA EMPRESA
44 - CNOR	
AUTORIZAÇÃO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: <u>Bras 402 da Silva Neto</u>				gêneros 502 516			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>03</u>				REGISTRO Nº <u>333 306</u>			
CIRURGIAS: <u>15. cir de pat. de nádo</u>				DATA <u>22/09/19</u>			
ANESTESIA: <u>bloq. braquial + sedação</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Robson Barbosa</u>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
1x	Oxigênio				Aguilha Descartável		
04	Água Destilada				Aguilha para Pendura		
03	Atropina			01	Aguilha para Raqui <u>plus</u>		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g			03	Atadura Crepom <u>15cm</u>		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
05	Ringer co Lactato	7			Fio de Algodão		
04	Soro Fisiológico 500ml	1		02	Fio de Nylon <u>2.0</u>	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			05	Gase 7.5x7.5	1	
	Tenoxicam			02	Lâmina de Bisturi <u>2x15</u>		
01	Ropi			03	Luvas Estéreis 7.0	17	
1x	Cloro. deg.				Luvas Estéreis 7.5		
1x	álcool 70%			02	Luvas Estéreis 8.5	1	
1x	Empadura qps				Seringa 5ml		
04	Tauila			04	Seringa 10ml		
05	Máscara			03	Seringa 20ml		
04	Shopi (par)				Sonda de Foley		
03	crema e/dig.				Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				02	Compunsa <u>1.5</u>	1	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Ketty Minelly
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
DEPIN - Departamento de Informática
Hospital Regional do Agreste - Caruaru

CONTAS MÉDICAS

Nº AIH	Tipo	Prontuário	Data do Inter.	Data da Saída
		337306	2104.19	23 04.19
Nome do Paciente: <u>Bráz Pereira da Silva Neto</u>				
Cartão SUS: <u>70600235258962</u>		Data Nasc.: <u>06.01.94</u>	Sexo: <u>M</u>	
Nome da Mãe: <u>Marliete Maria Bez da Silva</u>				
Nome do Responsável: <u></u>				
Logradouro: <u>Rua Leopoldo Chaves</u>		Nº: <u></u>	Bairro: <u></u>	
CEP: <u></u>	Código Munic.: <u></u>	UF: <u>PE</u>		
Nacionalidade: <u></u>	Raça / Cor: <u></u>	Documentação: <u></u>	<u></u>	

502516

Procedimento Solicitado	Procedimento Principal	Modalidade	Espec.	Caracter de Atend.
040 802 0258				
CID Principal	CID Secundário	CID Causa Assoc.	Enfermaria	Leito
S= 521				
Motivo Saída / Permanência		CID Causa Morte:		
<u>32</u>				
CPF do Solicitado	CPF do Responsável	CPF do Autorizador		
<u>Feitos eles por</u> 41146				



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Departamento de Informática - DEPIN

SERVIÇOS PROFISSIONAIS		CPF/CNPJ do Profissional	CBO Profissional	Procedimento	Tipo Ato	Qte. Ato	N. Fiscal
	1	Maurício Dias	935	020 802 0458		01	
	2	Gláucia dos Anjos	2446	"		01	
	3	Robson Benício	1272	"		01	CBOP
	4	Ortens	2	Tac	2		58024
	5						
	6	Maurício Dias	935	020 181 0170		01	
	7						
	8	Francineuza	143	020 181 0042		01	
	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						





RG 337306

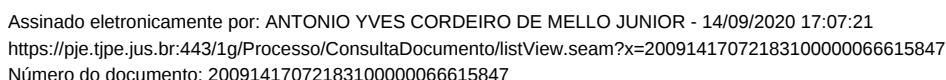
2° Via Cliente

Взаим

27 APR. 2019

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

④ 157



Nome Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/01/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 00018
Convênio:
Atendimento:
TAMR

Período: 21/04/2019 20:05 - 21/04/2019 20:05

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Procedimento

URGENTE

Cor

AMARELO

Quais Rastros?

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTADO DOR + EDEMA +
LIMITAÇÃO EM MSD
RD, FRATURA FECHADA

Medicamentos?

NEGA ALERGIAS

Observações

SENHA: 6687489

Problemas sintoma

PROBLEMAS NOS MEMBROS

Tachimetria

DOR MODERADA?
DEFORMAÇÃO GROSSEIRA?
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Procedimento

Assinatura por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/04/2019 20:05

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SECRETARIA DE SAÚDE DE PE - SUS
SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS
CCIH - FICHA DE CONTROLE

NOME DO PACIENTE	<i>Breno</i>	SEXO	<i>M</i>	IDADE	
REGISTRO		☐ RECUPERAÇÃO	☐ UTI	☐ ENFERMARIA	
CIRURGIA DE URGÊNCIA	☐	CIRURGIA ELETIVA ☐			

PROFILÁTICO ☐ TERAPÊUTICA ☐
ASSOCIAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS ☐ SIM ☐ NÃO

JUSTIFICATIVA - Diagnóstico clínico e/ou microbiológico	
Dr. Claudio Augusto Oliveira	
CREMEPE	DATA <i>22 ABR 2019</i>
Assinatura legível ou carimbo	

ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOCE ☐ EMPÍRICA ☐ ESPECÍFICA ☐

ANTIMICROBIANOS	PADRONIZADO (sim ou não)	DOSE	DURAÇÃO PREVISTA
<i>Oxocilina</i>	<i>sim</i>	<i>200mg</i>	<i>24 horas</i>

ANTIBIÓTICOS SENSÍVEIS _____

Parecer da CCIH		
Assinatura do Presidente da CCIH	CREMEPE	DATA

Recebido às _____ horas pelo funcionário _____
Data ____/____/____ Assinatura do Farmacêutico _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATORIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Baptista de Almeida

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito:

Operador:

Dr. Maurício Reis

1º Assistente:

Dr. Clerton B

2º Assistente:

Instrumentador:

Mocil

Anestesiologista:

Anestesia:

BPRexquid D

Duração:

Data da Operação:

2009-19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura Calcâneo D

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Osteossíntese com placa DCP
3,5 mm

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente em DDH, sob BPRexquid D
Antissepsia + Anestesia + Anestesia
campos cirúrgicos antero e
postero-lateral
Acesso Hansen
Dissecção por planos
Aproximação e fixação da placa DCP 3,5
com 03 parafusos corticais distais
03 paraf. corticais proximais
Autoclave
Curativo
Drenagem rotacional
A ARPA

604-8311

L. 12.527/2011
Art. 1º, inciso I
Lei de Acesso à Informação



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 219016

NOME	Dr. José da Silva Neto			REGISTRO	334206	CATEGORIA	SUS						
HOSPITAL	HRA	SEXO	M	COR	BR	IDADE	25	HÓRARIO	15:40	DATA	22/04/19		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de rádio distal direito			PESO	85 kg	PA	130 x 70	FC	75 BPM	RESPIRAÇÃO	16 RPM	ASA	I
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	O mesmo			CÓDIGO CIRÚRGICA				PORTE		%			
OPERAÇÃO PROPOSTA	Tratamento cirúrgico.												
OPERAÇÃO REALIZADA	Tubo A propós do												
Gráfico de monitorização (Respiração, SPO2, etc.)													
Sinais vitais e observações durante a cirurgia.													

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA ANESTESICA
Fenilamita ①		100mg	Bloqueio do plexo braquial direito
Midazolam ②		2mg	Posicionamento da mão direita, a ser presa a
Cepaxolam ③		2g	antéressa, junção via supraclavicular
Dipirone ④		2g	o guiado por USG e agulha A50 com
Dexametazona ⑤		10mg	Ropivacaína 25ml, bloqueio efetivo, ficando
Ropivacaína 0,5% ⑥		25ml	o membro relaxado.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO			DURAÇÃO DA ANESTESIA
☒ CARDIOSCÓPIO ☐ CATÉTER ☐ PVC ☐ RESPIRADOR			☒ RESPIRADOR ☐ RESPIRADOR
☐ OXÍMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL			☐ RESPIRADOR ☐ RESPIRADOR
☐ PNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL			☐ RESPIRADOR ☐ RESPIRADOR

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA

+ Dicomar
MEB

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Nome do Paciente: BRAZ JORGE DA SILVA

Registro N°:

Clinical:

Leito N°:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

For example (1) (Cylindrical)

Polio virus enters through oral
In some no symptoms.
Also muscle paralysis.

of party zone

As the number of
changes is increased

Dr. Mauricio Paes
Ortopedia / Traumatologia
Complexo do Quilômetro
CRM-PE: 15.693 TDD-12.422





OK

H.R.A.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: *BRAY TONS DA SILVA MERO*

21/04/19

ENF *5025AQ* REG *277306* LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

SND.

- | | |
|------|--|
| ITEM | |
| 01 | DIETA LIVRE |
| 02 | JELCO HIDROLISADO |
| 03 | THLATIL 20MG: 01 AMP + AD IV 12/12H (S/N) |
| 04 | DIPIRONA 500MG/ML: 01 AMP + AD EV 6/6 H |
| | TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV, 8/8H LENTO (S/N) |
| | PLASIL 01 AMP + AD IV, 8/8H (S/N) |
| 06 | CLEXANE 40MG SC IX DIA <i>SUSPENSO</i> |
| 07 | SSVV + CCGG <i>Rotina</i> |
| 09 | AGUARDA VAGA NA ENFERMARIA <i>Cuida</i> |
| 10 | SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO |

Dr. Thiago Cindra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18418 TEOT 19480

~~15/09/2020~~

~~15/09/2020~~

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Integridade
AF= 302546
Reg = 334306

Unidade de Saúde:

URA

Nome do Paciente:

Beatriz do Carmo

Enfermagem

Leito:

Registro Nº:

DATA HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Diluir 10ml de Diltiazem

Adoç. 90. 500 mg

Paracetamol 1000 mg + Aspirina 100 mg

Diluir 10ml de Diltiazem + 100 mg de Aspirina

Diluir 10ml de Diltiazem + 100 mg de Aspirina

6-16 Horas

12 18

12 18

12 18

12 18

12 18

12 18

12 18

12 18

12 18

OBSERVAÇÃO

06:00 12:00 18:00 24:00

TEMP.

DIURESE

LSN G18

PA

DRENAGEM TORÁCICA

DRENOS KHER

22/09/19 Incidente

Admitido na SARA

após 1h de cirurgia

de qual radiu

"D", segue sob o

residência de

da equipe de enfer

maria

Ass. Enferm. e Med. Gerson Siqueira

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.976/0260-27

E-mail: laboratoriahra@hotmail.com

***42155**

421556

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125

Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito....:

Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34

Impresso.: 21/04/2019 - 22:43

Impresso por.: WALKER

Exames:

HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....	4,23	milh/mm3
HEMOGLOBINA.....	13,2	g/dL
HEMATÓCRITO.....	38,7	%
V.C.M.....	96,8	fL
H.C.M.....	33,0	pg
C.H.C.M.....	34,1	uL
R.D.W.....	13,4	

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS

Homens Mulheres

4.3 - 5.7	3.9 - 5.0
13.5 - 17.5	12.0 - 15.5
38.8 - 50	34.9 - 44.5
81.2 - 95.1	81.6 - 98.3
26 - 34	26 - 34
31 - 36	31 - 36
11.6 - 14.9	11.6 - 14.9

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	18.050	/mm3
PROMIELÓCITOS.....	0	
MIÉLÓCITOS.....	0	
METAMIELÓCITOS.....	0	
BASTONETES.....	0	
SEGMENTADOS.....	77	13899
EOSINÓFILOS.....	01	181
BASÓFILOS.....	0	
LINFÓCITOS TÍPICOS.....	14	2527
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	0	
MONÓCITOS.....	08	1444
PLASMÓCITOS.....	0	
ERITROBLASTOS.....	0	

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICO

Relativo % Absoluto mm3

	4000 - 11000
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	0 - 2100
47.0 - 63.0	1500 - 6900
1.0 - 7.0	0 - 700
0.0 - 1.0	0 - 190
20.0 - 30.0	1200 - 4000
0.0 - 0.0	
4.0 - 6.0	100 - 950
0.0 - 0.0	0 - 0
0 - 0	0 - 0

PLAQUETAS..... 479.100 /mm3

140.000 - 450.000

Exames com materiais coletados em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Walker
Dr. Walker Spencer
Biomédica - CRBM/PE 0472





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriorh@hramail.com.br



421556

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125
Prontuário.: 337306
Procedência : EMERGENCIA
Leito....:
Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34
Impresso.: 21/04/2019 - 22:56
Impresso por.: GRACAS

Exames:

GLICOSE

Data de Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 122 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

70 a 99

Enzimático (hexoquinase) automatizado

OBS:

UREIA

Data de Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 25 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Adultos : Menor que 50

Cinético automatizado

Crianças: 5 a 19

OBS:

CREATININA

Data de Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 0.8 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Recém-nascidos (premattiros) : 0.3 a 0.9

Reação Cinética Jaffé automatizada

Recém-nascidos (de termo) : 0.2 a 1.0

Crianças (2 meses a 3 anos) : 0.2 a 0.4

Crianças (3 a 11 anos) : 0.3 a 0.7

Mulheres : 0.5 a 0.9

Homens : 0.7 a 1.2

OBS:

Ensaios com materiais coletados em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Dr. Maria das Graças Silva
Farmacêutica / Bioquímica
CRF/PE 1876





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9175

CNPJ: 09.794.975/0209-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com

***42165**
421652

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117
Prontuário.: 337306
Procedência: EMERGENCIA
Leito,...: ORTOPEdia
Local de Entrega: VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16
Impresso.: 22/04/2019 - 13:15
Impresso por.: PAULO

EXAME:

Paulo

HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....	5.65	milh/mm ³
HEMOGLOBINA.....	16.8	g/dL
HEMATÓCRITO.....	45.8	%
V.C.M.....	81.1	fL
H.C.M.....	29.7	pg
C.H.C.M.....	36.7	g/L
R.D.W.....	12.0	

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS

Normocíticas

Normocrômicas

Homens Mulheres

4.3 - 5.7	3.9 - 5.0
13.5 - 17.5	12.0 - 15.5
38.8 - 50	34.9 - 44.5
81.2 - 95.1	81.6 - 98.3
26 - 34	26 - 34
31 - 36	31 - 36
11.6 - 14.9	11.6 - 14.9

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	10.360	/mm ³
PROMIELÓCITOS.....	0	
MIÉLOCITOS.....	0	
METAMIELÓCITOS.....	0	
BASTONETES.....	0	
SEGMENTADOS.....	70	7252
EOSINÓFILOS.....	04	414
BASÓFILOS.....	0	
LINFÓCITOS TÍPICOS.....	18	1865
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	0	
MONÓCITOS.....	08	829
PLASMÓCITOS.....	0	
ERITROBLASTOS.....	0	

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICO

Relativo % Absoluto mm³

	4000 - 11000
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	0 - 2100
47.0 - 63.0	1500 - 6900
1.0 - 7.0	0 - 700
0.0 - 1.0	0 - 190
20.0 - 30.0	1200 - 4000
0.0 - 0.0	
4.0 - 6.0	100 - 950
0.0 - 0.0	0 - 0
0 - 0	0 - 0

PLAQUETAS..... 297.000 /mm³

140.000 - 450.000

Exames com materiais coletados em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Paulo
Dr. Paulo Filho Pereira Junior
Farmacologia / Toxicologia
CRM/PE 5211





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohrra@hotmail.com



421652

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117
Prontuário.: 337306
Procedência : EMERGENCIA
Leito.....: ORTOPEdia
Local de Entrega : VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16
Impresso.: 22/04/2019 - 12:59
Impresso por.: SANDRA

EXAME:

COAGULOGRAMA II

Data da Coleta: 22/04/2019

Tempo de Sangria.....: 1'45 "
Tempo de Coagulação.....: 6'30 "
Tempo de Protombina.....: 14.0 seg
Atividade de Protombina.....: 90 %
INR.....: 1.07

VALORES DE REFERÊNCIA
1 a 4 minutos
5 a 10 minutos

OBS.:

PACIENTE CONTROLE: POOL: TEMPO DE PROTOMBINA = 13.1seg.
ATIVIDADE ENZIMÁTICA = 100%
INR = 1.0

Exames com materiais coletados em dias, horários e metodologias diferentes poderão ser apresentados com resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.


Dra. Sandra Maria Pereira da Costa
Farmacêutica/Bioquímica
CREPB 1098



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Edna Maria da Silva Neto

Prontuário: 37306

Data: 21/06/19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Exatise Gularizid

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ag ambulatorio ortopedia

TRATAMENTO REALIZADO:

Ortopedia com Placa DC P35

Alta Hospitalar: Data: ____/____/____ Hora: _____

Dr. Cláudio Augusto Oliveira

23 KBR-7/19

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Braz Leonardo da Silva
NRE portador da Carteira Profissional nº _____
série _____, necessita de 30 (trinta)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença.

HRA
Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

23 ABR 2019
[Assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº

Clínica:

Enfermaria:

Uro 020
Dipirona 500
mg - 01x
01 com q 6h


Dr. Cláudio Roberto Cavalcanti
CRM 20130-1

23 ABR. 2020

Data: / /

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____
CRM Nº _____ UF: _____
Endereço Completo: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: Beto Beto de Menezes

Endereço: Uso oral

Prescrição: Aplicar 500 mc - 28

01 cor 400 610H + 400

Data: 1/1/1

23 ABR 2019

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____
Identi.: _____ Org. Emissor: _____
End. Completo: _____
Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: 1/1/1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: BRAZ BRUNO NUNES

Prontuário: 331306

Data: 21/04/19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura Coluna C7-D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Agambulatorio ortopedia

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteosíntese com placa DC P35

Alta Hospitalar: Data: 21/04/19 Hora: _____

Dr. Milton Barros

23 ABR 2019

Ass. do Médico e CRM:
Carimbo









Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

105.172.374-40

Nome

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Nascimento

06/01/1994

CÓDIGO DE CONTROLE

9C10.108E.EESA.ECCA



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:58:21 do dia 17/07/2019 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 90

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200088534

Cidade: Bezerros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data do acidente: 21/04/2019

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DO MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071179/20
Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO
CPF: 105.172.374-40
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 21/04/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO : 105.172.374-40

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: 21/02/2020
Nome: BRAZ JOSE DA SILVA NETO
CPF: 105.172.374-40

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088534

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRAZ JOSE DA SILVA NETO

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

Carta nº 15564997

Pag. 0002/00020 - carta_01 - INVALIDEZ

00020264





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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088534

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRAZ JOSE DA SILVA NETO

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 superiores 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: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000090147-7

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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0000000050 - cartão 15R - INVALIDEZ

00030325





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo ou AN: 3 - CPF da vítima: 105 172.374-40 4 - Nome completo da vítima: Braz Jose da Silva Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 43/2012

5 - Nome completo: Braz Jose da Silva Neto 6 - CPF: 105 172.374-40
7 - Profissão: NUNCA 8 - Endereço: 51 Lagoa da Cha 9 - Número: 530 10 - Complemento:
11 - Bairro: Silva Lagoa da Cha 12 - Cidade: Bezeno 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): 81 995368288

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\$1.501,00 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 POUPOANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 3192 CONTA: 90147 7 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, expondo, desde já, em me submeter à avaliação médica às regras da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 19, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Segundo matrimônio ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou não? ☐ 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 a aqueles 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 o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezeno 19/02/2020

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Preparador (se houver)

02/2019