
Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200261286

Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), UERIVAN FERREIRA 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, contados 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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200261286

Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UERIVAN FERREIRA 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 punhos
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: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006043-7

Conta: 0000012841-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0163000114**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2020** às **10:40**

Complementa o BO Número: **19E0163000766**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/5/2018** às **19:20**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA LESIONAD**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, PE-60, ENGENHO AGUA FRIA, ZONA RURAL DE SIRINHAÉM-PE** - Bairro: **CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES (OUTRO)
AMAURI JOSÉ DA SILVA (VITIMA)
TANIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)
JOELMA CARLOS DA SILVA (VITIMA)
UERIVAN FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): AMAURI JOSÉ DA SILVA



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

AMAURI JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AMARA DO CARMO SILVA** Pai: **ABERLARO MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **20/1/1955** Naturalidade: **SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1367797/SSP/PE (RG), 08389497468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, ENGENHO AGUA FRIA, S/Nº, ZONA RURAL DE SIRINHA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

TANIA FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOELMA CARLOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA** Pai: **JOSUE CARLOS DA SILVA** Data de Nascimento: **19/12/1970** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4083313/SSP/PE (RG), 76680371449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, PRAÇA DIÁRIO DE PERNAMBUCO, Nº 53, CENTRO, RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL**

UERIVAN FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA** Pai: **ISAC JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **4/8/1998** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10441399/SDS/PE (RG), 14029424430 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL** Telefones Celulares: **- 81988677999**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, RUA DO MADOURO, Nº 14, CENTRO, RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDNA CASSIANO DA SILVA** Pai: **WILSON MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **16/2/1993** Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RUA FRANCISCO PESSOA DE QUEIROZ, BAIRRO NOVO, CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO SIENA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMAURI JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV4862** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **919988130** Chassi: **9BD17201A73320682**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **ALCO/GASOL**

CAMINHÃO VW (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

CONFORME O B.O DO BPRV DE Nº K-093/2018, FORAM SOLICITADOS POR POPULARES DIZENDO QUA HAVIA TIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO DOIS VEÍCULOS NA PE-60, NO ENGENHO AGUA FRIA, ZONA RURAL DE SIRINHAÉM-PE, FORAM AO LOCAL E CONSTATARAM A VERACIDADE DO ACONTECIDO, TRATAVA-SE DE UMA COLISÃO ENTRE UM CAMINHÃO VW, DE PLACA NÃO ANOTADA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA QUE FOI EMBORA DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO E UM AUTOMOVEL SIENA ACIMA MENCIONADO SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE AUMARI JOSÉ DA SILVA E MAIS TRÊS PASSAGEIROS QUE TAMBÉM FICARAM LESIONADAS, SENDO TANIA FERREIRA DA SILVA E AMAURI JOSÉ DA SILVA FORAM SOCORRIDO AO HOSPITAL LOCAL E JOELMA CARLOS DA SILVA E UERIVAN FERREIRA DA SILVA, FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL DOM HELDER NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO DEVIDO AS GRAVIDADES DOS FERIMENTOS. PELO EXPOSTO PEDE-SE PROVIDENCIAS.

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

AMAURI JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Jefferson* *Leandro* *Dos Santos* **JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS** Matrícula: **152087-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF da vítima: 140.294.244-30 Nome completo da vítima: Veruam Ferreira da Silva

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

Nome completo: Veruam Ferreira da Silva
 Residência: R. do Matadouro Centro
 Cidade: Rio Formoso Estado: PE
 CEP: 55570-000
 Telefone: (81) 99543-4554
 E-mail: rmatadouro@outlook.com

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA ☒ CONTA CORRENTE
 Nome do BANCO: Bradesco
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (101) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6043 CONTA: 12841
 (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autorizo a seguradora a consultar meus dados pessoais e financeiros para fins de análise de risco e emissão de prêmio, bem como a fornecer informações sobre a cobertura do seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido em favor da vítima, para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente.

☒ Não houve laudo do IML que atenda a exigência da seguradora para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente.

☐ O IML que atendeu a exigência da seguradora para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente não realizou perícia para fins do Seguro DPVAT.

☐ O IML que atendeu a exigência da seguradora para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente não realizou perícia para fins do Seguro DPVAT.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do registro da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Filho ☐ Sobrinho(a) ☐ Outros: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se sim, nome e data de nascimento: _____

Vítima deixou bens? ☐ Sim ☐ Não Se sim, nome e valor: _____

Estou ciente de que a seguradora não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de acidente de trânsito, sendo a responsabilidade exclusiva do Estado.

Local e Data: Recife, 22/07/2010.

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

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

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000012841-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0308202005000000000023706043000000012841168750 PAGO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF da vítima: 140.294.244-30 Nome completo da vítima: Veruam Ferreira da Silva

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

Nome completo: Veruam Ferreira da Silva
 Residência: R. do Matadouro Centro
 Cidade: Rio Formoso Estado: PE
 CEP: 55570-000
 Telefone: (81) 99543-4554
 E-mail: rmatadouro@outlook.com

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA ☒ CONTA CORRENTE
 Nome do BANCO: Bradesco
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (101) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6043 CONTA: 12841
 (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autorizo a seguradora a consultar meus dados pessoais e financeiros para fins de análise de risco e emissão de prêmio.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido em nome da vítima/beneficiário para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente.
☒ Não houve laudo do IML emitido em nome da vítima/beneficiário para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente.
☐ O IML que atendeu a solicitação da vítima/beneficiário não realizou perícia para fins do Seguro DPVAT.
☐ O IML que atendeu a solicitação da vítima/beneficiário não realizou perícia para fins do Seguro DPVAT.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Filho(a) ☐ Filho(a) adotado(a) ☐ Filho(a) adotado(a) ☐ Filho(a) adotado(a)
 Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não
 Vítima deixou patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

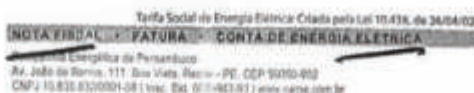
Estou ciente de que a seguradora não pagará o valor do prêmio se a vítima/beneficiário não estiver vivo no momento da ocorrência do sinistro.

Local e Data: Recife, 22/07/2010.
 Nome: Veruam Ferreira da Silva
 CPF: 140.294.244-30

(*) Assinatura de quem assina o RGOO
 Veruam Ferreira da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGOO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

FIEDADE/PRAZERES:
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

SPRINTAFISCAL	SENA	400000
070001347	ONCA	2300 A.10
APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
23000010	201000000	1000000

CÓDIGO CONTRATO	FECHA
7025325828	09/2019
CÓDIGO DE VERIFICACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR DEL	215.30

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(kWh)	711,000000	0,77952320	554,47
Aréa com Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-RF 07092826-24/0719			1,25

215.90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
38183019	CAI	21-06-2019	9.30030	23-06-2019	9.174.000	30	1.00000		211,20

[illegible]

Figura 1. Mapa de localização do estudo e localização do CCR e do sistema de irrigação. Fonte: elaborado pelo autor (2012), com base em dados do IBGE (2010) e do CCR (2011).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
Classificação	Índice de Duração ACD(10)	Índice de Frequência AF(10)	Índice de Tensão TI(10)	Índice de Carga IC(10)	Tensão NORMAL (N)	Limite de variação em seguros	
ONE	0,00	0,00	0,01	10,01	220	220	
ONE	0,00	0,01	0,00	10,00	220	220	
ONE	0,00	0,00	0,00	10,00	220	220	

Fonte: CENSA, 1.7.2010. (10) = 10 anos de observação de dados. Suposição de Conservação = 0,01/20.

DATA CONTRATO	ASSINADO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7036325638	09/2019	30/09/2019	215,30
83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8			



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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ueruan Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 140.294.244 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Ueruan Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 140.294.244 / 30 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>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Ala 01 - Térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>fabião dos Guarapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54410-010</u>
Email <u>renatomalheiro@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 22 de julho de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA –
SAMU 192
BASE DESCENTRALIZADA SIRINHAÉM
RUA MARQUES DE OLINDA, S/N – CENTRO
SIRINHAÉM – PE CEP 55580-000
CNPJ 10292209/0001-20

Sirinhaém, 28 de junho de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor uerivan ferreira da silva , foi socorrido por esta Unidade Básica sob QTCS Nº 480368, vítima de acidente de trânsito (COLISÃO CARRO/CAMINHÃO) em 22 de MAIO de 2018 às 19:06 horas sendo removida para a Unidade local, HOSPITAL MUNICIPAL OLIMPIO MACHADO GOUVEIA.

Atenciosamente,



Rinalva O. Lima Silva
Cofre - PE 467783 - EMF

Rinalva Oliveira Lima Silva

Coordenadora do SAMU

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA: 22/05/18 CARTÃO SUS: _____
HORA DE ENTRADA: 13:34 HORA DE SAÍDA: _____ REGISTRO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Tamara Figueira da Silva
ENDEREÇO: Rua do Medeiros
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CIDADE: Rio Formoso U.F.: PE
FILIAÇÃO: _____ IDADE: 15 Anos SEXO: ☐ M ☐ F
PAI: _____
MÃE: Maria Vistina Figueira da Silva
RESPONSÁVEL: _____

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

Pr. Acometido do acidente
de ALTO BAIXO + de QD.

PA: _____ PESO: _____ FC: _____
T: _____ HGT: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

QD. 868 / Agido / Aluno / Cost.
11 3, 2018 de 7. e 8; Motipens.
EXAME FÍSICO: Mota preservada. +
FC 121 espontâneo. em
face e em 27/18.
EXAMES SOLICITADOS: _____

H.D.: 02/05/18 + 7. e 8. Aluno em

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. 500ml / IV - Centro
2. 1800ml 4/6 / In
a vent

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO () ÓBITO () ALTA ☒ HORARIO: 06:50

TRANSFERIDO PARA:

EDUARDO G. MENDES

COMPENSAÇÃO 18147

CPE 2388314-20

ASS. MEDICO(A)

ASS. ENFERMEIRO (A)

ASS. TEC. DE ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

DATA

PARENTESCO

Nº DE IDENTIDADE/CPE

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: UERVAN FERREIRA DA SILVA

REGISTRO: 105580 IDADE: 19 DATA ADMISSÃO: 22/05/2018 DATA ALTA: 23/05/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE RADIO DISTAL-E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FIXAÇÃO COM FIO-K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ RETORNO

2) FAZER MOVIMENTOS DE FLEXÃO – EXTENSÃO DOS DEDOS MÃO.

3) CURATIVOS DIÁRIO

4) RETORNO AO AMBULATORIO COM 15 DIAS

5) USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS

CURATIVO DIÁRIO

OBS: SE PACIENTE EVOLUIR COM CEFALÉIA, VÔMITOS, DESORIENTAÇÃO OU PERDA NÍVEL CONCIÊNCIA, DEVERAR PROCURAR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA.

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não () DATA:

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 15 DIAS

Vinicius B. Gouveia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25857

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 ER 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.

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Sector: **AMBULATORIO DE EGRESSO**

Usuario do Agendamento: SURAMARMS

Paciente: **105580 UERIVAN FERREIRA DA SILVA**

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

07:00

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG.

tipo de Agendamento: CONSULTA EGRESSO

Data da Agenda: 29/08/2018

Chegar até 09:00

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 436984

Data e Hora do Atendimento: 22/05/2018 22:00

Usuário do Atendimento: EDJANEPB

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EDVAN FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 105580

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 22/05/1999

Idade: 19 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: SIRINHAEM

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA DO MATADOURO

CENTRO

Cidade: SIRINHAEM

PE

CEP: 55580970

Fone: 31830000

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-3 B

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, 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, 22/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: alta médica

Diagnóstico: fratura de rádio e ulna distal - E

Procedimento: conservação

Alta em: 23/05/2018 Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Indirizzo: 436975

ta e Hora: 22/05/2018 21:36

Senha da Classificação:

0044

paciente: 105580 EDVAN FERREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

ata do Nascimento: 22/05/1999

Idade: 19 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA DO MATADOURO

Bairro: CENTRO

idade/UF: SIRINHAEM

PE

Usuário Atendimento: EDJANEPB

G (Identidade):

Data de Emissão:

united - Hospital Don't matter Camera

PF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:31830000

Evângela C. Dias de Souza

artão SUS:

Data de Emissão CRN:

5 MAY 1956

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

PACIENTE UTÍLIA E ACIDENTE
 AUTOMOBILÍSTICA 493 E HOMS
 DELTA-SE DE 2011 EN CARRA
 COBREIRO + PUNHO 09
 ENFERMIA 305 (Punho)

same Fisico

ECR EXTENSION CONSENTS
HUMAN ACQUAINTANCE
ADVICE: PLACED IN DOOR
ADVICE: ECONOMIC CONDUCT
THEY FOUND SUBSISTENT
THEY FOUND SUBSISTENT

ipotesi Diagnostico

① FINEZA E BOM DIA DO DIA
E NOITE

Conduta Terapeutica

(1) 4070.1000

Prescrição Médica

$10 \text{ CH}_2\text{O} + 13 \text{ CO}_2 + 10 \text{ H}_2\text{O}$
 $\text{Py} + 10 \text{ Py} + 13 \text{ CO}_2 + 10 \text{ H}_2\text{O}$

Carimbo/Médico

Alisson F. Tavares de Albuquerque
Médico Cirurgião Geral
CRM-PE 10.295

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE: _____

22/05/18 recente contusão
22:00 ESTÁVEL E BEM-ESTAR

AN: NAD
ASSONS: FUGIDOTEM

* TE CRÂNIO: (Hematomas
SUBCUTÂNEO: NA EVIDÊNCIA
CEREBRO INTRACRANEA

E: AO TRAUMATOLOGIA

Alisson F. Tenório de Albuquerque
Médico - Cirurgia Geral
CRM-PE 10.295

22/05/18 Trauma/Exat/Anteriores
Méd/Promo
04

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 436984

Data e Hora do Atendimento: 22/05/2018 22:00

Usuário do Atendimento: EDJANEPB

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 105580

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DE ARAUJO

Nome do Pai: ISAC JOSE DA SILVA

Data do Nascimento: 04/08/1998

Idade: 19 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 10441399

SDS PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: SIRINHAEM

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA DO MATADOR

CENTRO

Cidade: RIO FORMOSO

PE

CEP: 55570000

Fone: 985313302

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-3 B

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, 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, 22/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Medicamentosa

Diagnóstico: Fratura de fêmur

Procedimento: Fixação com placa e parafusos

Alta em: 23 / 05 / 2018

Hora: _____

Médico e C.R.M.: [Assinatura]

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Camara
Assinatura: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 105580
Paciente: UERIVAN FERREIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 04/08/1998

Cadastro aberto com dados incorretos: Nome: EDVAN FERREIRA DA SILVA, Data de Nascimento: 22/05/1999, pelo usuário: EDJANE PEREIRA DE BARROS em 22/05/2018.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 10441399 SDS PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 06/06/2018

Rivania Brito
Coordenadora do Setor de Faturamento

HDH-HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA
Joseana S. Barros
Assistente Administrativo
Setor de Faturamento

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 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 21:31

Nome Paciente: EDVAN FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente: 105580
Data de Nascimento: 22/05/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0044
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 436975
SAME:



Período: 22/05/2018 23:01 - 22/05/2018 23:02

ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PCT VITIMA DE CAPOTAMENTO DEU ENTRADA PELA ÁREA VERMELHA

Observação: TRAZIDO PELO SAMU

Histórico sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 23:04

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 36365	Sala : 0003	SALA 03	Atendimento : 436984
Paciente : 105580	EDVAN FERREIRA DA SILVA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 19 Anos
Leito : 647	BL-3 B		
Dt. Início :	Dt. Fim : 23/05/2018 01:00		
Cid Pré-Operatório : T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO		
Cid Pós-Operatório :			

Procedimentos

Procedimento: 0408020423	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 74	BLOQ DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

CIRURGIAO	14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
-----------	--------------------------------------

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DOS OSSOS ANTEBRACO EXPOSTA
PROGNOSTICO RUIM, ALTA GRAVIDADE CHANCE DE INFECCAO E PERDA DE ADM.

01. REDUÇÃO DE FRATURA ATRAVES DE LEVE DISTRAÇÃO-FLEXÃO
02. VIZUALIZAÇÃO SOB ESCOPIA
03. PASSAGEM FIO TRANS FRATURA 45° DE K 2.0 MM PELO ESTILOIDE RADIAL
04. PASSAGEM FIO TRANS FRATURA 60° DE K 1.5 MM ULNAR AO TUB. DE LISTER
05. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EM ANTEBRAÇO E DEDO
06. LIMPEZA COM SF 0.9%
07. VERIFICACAO DE NEUROPRAXIA DE ULNAR E LESAO PARCIAL DE FUC + BANDA TERMINAL EM DEDOCZZ
08. TENORRAFIA E NEUROLISE
09. SUTURA POR PLANOS
- * TALA AXILOPALMAR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Tala ax palmar NSC
23.05.18 04:22h
Eloir

31 MAIO 2018



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

21/12/15

Paciente

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Sexo

Cor

Idade

Risco

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Horário

O₂

N₂O

Liq. os

Sat

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Libramina 100ml 50ml
Cefazolin 1g 2g
Dexametasona 4mg
Cefuroxime 150mg
Dipriona 2g

Técnica Anestésica

Intubação orotraqueal
para bloqueio
respiratório, via
oral com intubação
rápida de 1º
período

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☒ Sono leve

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Paciente com história de
acidente automobilístico (TCE e
fratura exposta de punho). Gesta
14 (AO=3, RV=5, FM=6) para uso
de álcool e outras drogas. Regi
comorbidades

Assinatura do Anestesiologista

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Edson Roberto da Silva Data: 23/05/18 Hora: 00:00 Registro: 105580
Convênio: SRPA Leito: 10 Pe.: 10 Altura: 1,70

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edson Roberto da Silva Anestesista: Dr. Sérgio Lourenço
Auxiliar: Dr. Sérgio Lourenço 2º Auxiliar: Dr. Sérgio Lourenço Instrumentador: Dr. Sérgio Lourenço

3 - LADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Proctotomia e colostomia Início: 00:40 Término: 00:40
Anestesia: Procedimento de urgência Início: 00:40 Término: 00:40

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: medicação

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 () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa ()
Carro de Anestesia () Diprofusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () N° ()
Oxigênio () Início () Término ()
Protóxido () Início () Término ()
Gás Carbônico () Início () Término ()
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()
Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Gástrica: Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 23/05/18 Hora: _____ Enfermeira: Edson Roberto da Silva Circulante: Márcia Adriane B. de Lima
Téc. de Enfermagem: _____
CORE: 310412

Nome: Paula Fátima de Silva Registro: 105580 Leito:
Procedimento Cirúrgico: Exatop 7 - Rins e Data: 22/05/18 Hora:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos	
	☒ Proporcionar apoio emocional	
	☒ Dar informação ao paciente e familiares	
	☐ Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado	
	☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h	
	☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz	
	☐ Manter o paciente em posição de fowler	
	☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR	
	☐ Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso	
	☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h	
	☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).	
	☐ Colocar o paciente em posição de Fowler	
	☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica	
	☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea	
	☐ Outros	
	☐ () Outros	
4. Dor () cal: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico	
	☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor	
	☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação	
	☒ Identificar fatores desencadeantes da dor	
	☐ Registrar características e intensidade da dor	
	☐ Outros	
	☐ () Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão	
	☒ Realizar curativo de ___/___h	
	☒ Realizar mudança de decúbito de ___/___h	
	☒ Medir decúbito de dreno de ___/___h	
	☒ Manter curativo oclusivo por ___h	
	☐ Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___h	
	☐ Manter decúbito: _____	
	☐ Realizar curativo compressivo	
	☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente	
	☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)	
	☐ Manter repouso no leito em posição:	
	☐ Outros	

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____ / ____ h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosas	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() Outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspecto e quantidade de episódios	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ____ / ____ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ h.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O	
	verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência.	
	() Outros	
12. Risco para infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____	
	() Examinar F.O e registrar alterações () dor; () Calor; () rubor; () edema.	
	() Outros	
13.	() Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

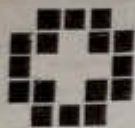
ENFERMEIRO(A) - D -	Isabela R. Barbosa Enfermeira CREN - PE 565 532 ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	Sônia M. Silva Enfermeira CREN - PE 285105 TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

PACIENTE:		DATA:	
CIRURGIÃO:		RG:	
ANESTESISTA:		AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:		ANESTESIA:	
ESTRUMENTADOR:		COORDENAÇÃO DO BLOCO:	
CIRCULANTE:		COREN:	
ENFERMEIRA:		HORARIO INICIAL:	
		HORARIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
RAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
QUEOST 9,0			
CATERETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 15
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. BORO 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	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,5	SUCCAO 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 15	FOLEY 2VIAS 16	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 3XT5	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Wesley Ferreira da Silva, 19 anos data: 22/03/18 Hora: 01:05 Registro: 405.580

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Art. cir. Int. de Punho "E"

Tipo de anestesia: R.P.R.

Equipe: Dr. Eduardo Araújo

Anestesista: Dr. J. J. J. J.

3. Admissão

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: 4.50

Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____

Drenos: (x) não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 166 x 95 mmHg FR: _____ p/min FC: 99 p/min SaPO2: 95%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>144 x 63</u>	<u>146 x 68</u>	<u>158 x 60</u>	<u>120 x 63</u>	<u>131 x 62</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>86</u>	<u>87</u>	<u>96</u>	<u>95</u>	<u>67</u>	
SaPO2	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>90%</u>	<u>95%</u>	<u>96%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

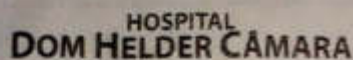
6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 23/03/18 Horário: 10:05 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Dr. J. J. J. J.



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Edson Francisco de Siqueira Data: 23/02/18 Registro: 105580
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 08.00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Eduardo 1º auxiliar: _____
Anestesiista: Dr. A. C. Instrumentador: Jardiane
Circulante: Marcia Adriana S. de Lima
Téc. de Enfermagem: _____
COREN: 10472

[illegible]

MOTOR BROCA 029
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIÃO FERNA
CME



003355727

LOTE:244849
 PLASMA
 EST:20/05/2018
 VAL:20/05/2019

LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126

Washed CARRINGTON 2044 20

Digitalizado com CamScanner



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: 105580

Nome: EDVAN FERREIRA DA SILVA

Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

End.: RUA DO MATADOURC

Enferm.: BL-3 B

Atendimento: 436984

Leito: 647

Dt. Cad: 22/05/2016

Dt. Nasc: 22/05/1999

Bairro: CENTRO

Cidade: SIRINHAEM

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 _____

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?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

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 *trat cirúrg de abd de pâncreo 3*
- ☐ 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

Isabella R. Barbosa
Enfermeira
COREN 355 622

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Edson Tencio Registro: 105580

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]

T. S. O'Connell
 111. 000000
 000000 000000

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Local: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: SURAMARMS

Paciente: 105580 UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG.

07:00

Tipo de Agendamento: CONSULTA EGRESSO

Data da Agenda: 29/08/2018

Chegar até 09:00

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	1º Via - Farmácia 2º Via - Paciente
NOME COMPLETO: _____	
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: Uenivan F de S. L.

Endereço: _____

Prescrição: 1 Paco ——— 1-2-3

com 01 caps 12/24

pr 30 dias

29.06.18

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____	



10.441.399 02/09/2016

<< UERIVAN FERREIRA DA SILVA >>

<< ISAC JOSÉ DA SILVA >>

<< MARIA CRISTINA FERREIRA DE ARAÚJO >>

RIO FORMOSO - PE

<< 076711 01 55 1998 1 00003 112 >>

0002447 95 RIO FORMOSO-PE >>

04/08/1998

Assessoria de Planejamento

Assessoria de Planejamento

Assessoria de Planejamento

EC-2

UERIVAN FERREIRA DA SILVA

02/09/2016

076711 01 55 1998 1 00003 112

0002447 95 RIO FORMOSO-PE

04/08/1998

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

140.294.244-30

Nome

UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Nascimento

04/08/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205446/20

Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

CPF: 140.294.244-30

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 22/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

UERIVAN FERREIRA DA SILVA : 140.294.244-30

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: 23/07/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: VERIVAN FERREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 10.441.399 SDS/PE

CPF: 140.294.244-30

Profissão: DESEMPREGADO

Endereço: R. DO MALADOURO, Nº 0001, CENTRO, RIO FORMOSO-PE

CEP: 55570-000

Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 6162609 SSP/PE

CPF: 039.232.004-55

Profissão: ADVOGADO

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551, JARDIM TERREO, PIEDADE-PE

CEP: 54410-010

Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima 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 seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: VERIVAN FERREIRA DA SILVA

RIO FORMOSO-PE 20/07/2020
Local e data

Verivan Ferreira da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205446/20

Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

CPF: 140.294.244-30

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

UERIVAN FERREIRA DA SILVA : 140.294.244-30

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: 23/07/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200261286 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4,12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 DO PUNHO ESQUERDO.

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