



Número: **0038175-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEANDRO LUIZ DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70475981	04/11/2020 10:16	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184586

Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEANDRO LUIZ DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15790969





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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184586

Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEANDRO LUIZ 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 tornozelo 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: **GEANDRO LUIZ DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000090573-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

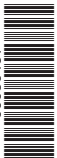
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00873/00874 - carta_15R - INVALIDEZ

00030437





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 060.673.464-35 3 - CPF da vítima: 060.673.464-35 4 - Nome completo da vítima: Geandio Luiz da Silva

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

5 - Nome completo: Geandio Luiz da Silva 6 - CPF: 060.673.464-35
7 - Profissão: Robinson de 8 - Endereço: Rua Frei Caneca 9 - Número: 397 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9258-2087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2392 CONTA: 90573 1 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 estou impossibilitado 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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bezerros 02/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

COE 001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0181000223**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **11:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/11/2019** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 01, RUA SIQUEIRA CAMPOS** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ESTAÇÃO FERREA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
GEANDRO LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

GEANDRO LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RISALVA DA SILVA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **16/1/1984** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7357695/SDS/PE (RG) 06067346435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA FREI CANECA, 187 - CEP: 0 - Bairro: MORORO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

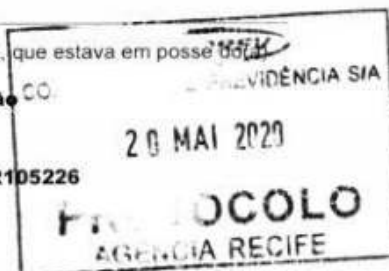
SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEANDRO LUIZ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEANDRO LUIZ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Na CO.**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYX5453** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **997779721** Chassi: **9C2KD0550ER105226**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**



07/02/2020 12:28



Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELO CENTRO DA CIDADE, QUANDO AO PASSAR PROXIMO A ESTAÇÃO FERREA O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU EM UM DOS TRILHOS, FAZENDO COM QUE A VITIMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS CONFORME CONSTA NA FCIHA DE N° 974.361, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, CONFORME DOCUMENTOS PRESENTADOS PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Geandro Luiz da Silva

GEANDRO LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



07/02/2020 12:28





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 060.673.464-35 3 - CPF da vítima: 060.673.464-35 4 - Nome completo da vítima: Geandio Luiz da Silva

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

5 - Nome completo: Geandio Luiz da Silva 6 - CPF: 060.673.464-35
7 - Profissão: Robinson de 8 - Endereço: Rua Frei Caneca 9 - Número: 397 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9258-2087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2392 CONTA: 90573 1 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 estou impossibilitado 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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bezerros 02/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

COC 001 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO

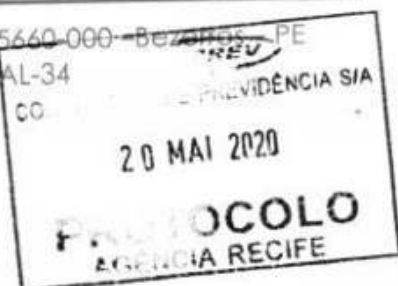
Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Geandro Luiz da Silva, Identidade 7.357.695 .SDS-PE, CPF 060.673.464-35 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado ao mesmo, número da ocorrência -5940 no dia 19 de Novembro de 2019, às 05h:23min, com queixa de queda de moto, na Rua Siqueira Campos, 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, 27 de Novembro de 2019.

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



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:	28/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEANDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000090573-1

Nr. da Autenticação 6A4A011CB18DB16A



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Concepções Energéticas de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | fone: (0800) 343-92 | www.celpe.com.br

GASTOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA.

1947

Center for Research
in Education
1900-0001

CLASSIFICAÇÃO

DOI: 10.1002/for

SPINNING TOTAL	SPIN	REVERSE
083553079	1.0000	0.000000000
SPINNING TOTAL	SPIN	REVERSE
201023010	2.0000	0.000000000

USUARIO/CONTRATO	REGISTRO
0633784027	10/2019
FECHA DE REGISTRO	FECHA DE PAGAMENTO
05/11/2019	28/11/2019
DEBIDA A PAGAR (R\$)	42,05

DENOMINAZIONE FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Computador 20.1" 1GB	30.0000000	0.1975000	5.925
Computador 20.1" superior a 2GB de 100 GB	10.0000000	0.20872574	2.087
Computador 20.1" superior a 1GB de 250 GB	5.0000000	0.5080000	2.540
Acrescimo Bateria - 18000 mAh			0.00
Acrescimo Bateria - 15000 mAh			0.00
Contrato Seguro Pista Municipal			0.00
PRO-Classe A 2011/2012 1990-200000 0282			2.00

TOTAL COMPANIES	42 OF
-----------------	-------

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (gWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
PR260	CHT	30-06-2019	02.017,32	30-06-2020	02.017,32	33	1.0000		100,00

INDICADORES DE CUSTOS		REPRESENTAÇÃO DE TENDÊNCIA			COMPARAÇÃO COM O ANTERIOR				
Indicadores de custos									
10/12/14	10%	ICMS PIS COFINS	SALDO DE	%	VALOR DO	Geração de Energia	99	15,24	151,45%
02/12/14	100%					Transmissão	99	3,68	4,3%
03/12/14	100%					Distribuição (Cópia)	99	15,76	16,21%
04/12/14	100%					Perdas na Energia	99	3,71	6,11%
05/12/14	100%					Imagens Setoriais	99	1,02	2,66%
06/12/14	100%					Tratamento	99	7,43	7,30%
07/12/14	100%					Total	99	50,78	99%
TENDÊNCIAS APLICADAS									
Computação Financeira 2014						0,162 (64%)			
Computação Financeira 2015						0,214 (86%)			
Computação Financeira 2016						0,477 (93%)			
TOTAL R\$ 5818 852 500C 1843 454 R\$ 10,00									

IMPACTS OF THE IMPROVEMENTS

CO...
20 MAI 2020
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE





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



SAMU
2 ena

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 974 362
DATA: 19.11.19		HORA: 05:51	TELEFONE:
NOME: <i>Leandro Luis da Silva</i>		IDADE: 35 anos	
NOME DA MÃE: <i>Maria Rivalina da Silva</i>			
DATA DE NASCIMENTO: / /		ACOMPANHANTE:	
END: R. <i>Quilômetro</i>		BAIRRO: <i>Engenho</i>	N.º 197
CIDADE: <i>Bezerra</i>		SINAIS VITAIS	
PULSO: 120 mmHg	HGT: 134 mg/dL	T: °C	PESO: kg
Téc. Enfermagem/COREN			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- 1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 l/min
- 2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
- 3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 40 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 - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da 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 1º e 3º graus não críticas SCQ < 10% ☐ Vítila 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 ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- 1. ☐ Queixas 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 retiradas 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

Quarto de acidente de moto.
Nível ruim, contusão, dor abdo.
Suspeito de fratura em um osso, aguardo tel do SAMU.

Alergias: *() NÃO* ☐ SIM, A

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

CO	PREVIDÊNCIA SIA	Jessika Nascimento Enfermeira COREN-PE 427693
20 MAI 2020		Assinatura da enfermeira e carimbo
PROTOCOLO AGENCIA RECIFE		Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO

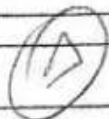
Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

FRATURA CÍRCULO TÍMIDA/ASMA

Exame físico:



AR'S ANSA NADA

H.O.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1) ~~TRAMAL 100~~ (EV)
36 0,9% 16ml2) ~~MORF 20R~~3) ~~ROSTIN 20+AD~~ (EV)

COF. D. D. RA 5818/60

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

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Geandro Luiz da Silva

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 19/11/2019 a
21/11/2019

Registro: 349259

Diagnostico: Fratura da Perna Direita.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 17 de Dezembro de 2019
109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG: 349259

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA

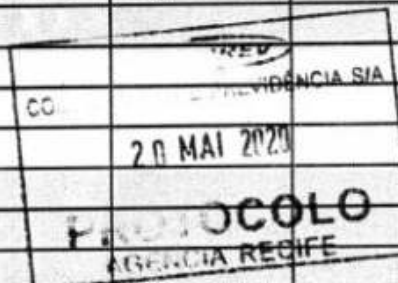
(RQ-06)
Nº 061634

2º Via Cliente

Hospital: H.P.A Convênio: TAC Cidade: CAPUABU
Nome do Paciente: GEANDRO LUIZ DA SILVA Data da Cirurgia: 19.11.19
Médico: DP. Membro Operado: TIBIA DISTAL

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
PLACA BLOQUEADA P/ TIBIA DISTAL		01	
RF 288202-7			
PARAFUSO BLOQUEADO		09	
RF 276611-6			

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

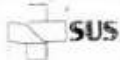


VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: VICTOR

CX: 160,161



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103899>
 Número do documento: 20110410164498800000069103899



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

2 - CNES
2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

4 - CNES
2427419

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GEANDRO LUIS DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE APOS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EVOLUINDO COM FRATURA DOS OSSOS DA TÍBIA DIREITA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DOS OSSOS DA TÍBIA DIREITA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO E ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DR THIAGO PEDRO DE ABREU ALVES FOM DE 1960

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - (INPJ) DA SEGURADORA

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() PREVIDENCIADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PROCOLO
AGÊNCIA RECIFE
20 MAI 2020





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

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Camilo Leite de Melo

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

000

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

000

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor abdominal no quadrante D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadro clínico de dor

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

Rx + Artragrafia + RHC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Enterite e íleo sintomático

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() PREVIDÊNCIA SOCIAL

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Data e hora retirada da senha: 19/11/2019 08:07

Nome Paciente: GEANDRO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/01/1984
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: U0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 19/11/2019 08:10 - 19/11/2019 08:12

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DA MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA/FIBULA EM MID HÁ 3 HORAS

Medicamento(s): DM - HAS-

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: FERIDAS

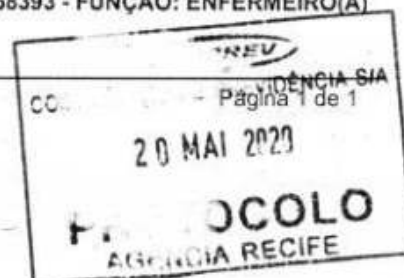
Discriminador(es): - PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

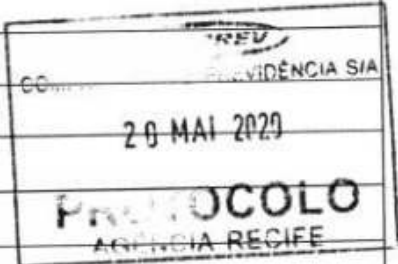
Data Impressão: 19/11/2019 08:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE			
Paciente: <i>Érico LUT de Silva</i>		Nº do Registro:	
Clínica: <i>Ortopedia</i>		Nº do Leito	
Operador: <i>Dr. Cleiton</i>			
1º Assistente:		2º Assistente:	
Instrumentador: <i>Vitor Hugo</i>		Anestesista: <i>Dra. Elaine</i>	
Anestesia: <i>Raquioblock</i>		Duração:	
Data da Operação: <i>19/11/19</i>		Início:	Término:
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura tibia distal</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Operação Proposta:			
Operação Realizada: <i>Ortossintese com placa anti-torçao para tibia distal bloqueada + DR para fixação bloqueada</i>			
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO			
<i>Relevar DDH, sob tração e torção</i>			
<i>Antissepsia + Anestesia + Aplicação com</i>			
<i>no cirurgião assistente</i>			
<i>Heim medial</i>			
<i>Dilatação de placa</i>			
<i>Fixação sob fluoroscopia</i>			
<i>Articulação, curativo</i>			
<i>ARPA</i>			
<i>Dr. Cleiton</i>			
19 NOV. 2019			
			



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 10660

VALOR

NOME: <u>Geonardo Luiz da Silva</u>		REGISTRO: <u>344254</u>	CATEGORIA: <u>SUS</u>
HOSPITAL: <u>GRA</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> Br <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> N	IDADE: <u>35</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Furto exposta perna esquerda</u>	PESO: <u>75</u> kg	PA: <u>134 x 76</u>	FC: <u>78</u> BPM
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>o mesmo</u>	CÓDIGO CIRURGIA		RESPIRAÇÃO ASA: <u>15 IRPM</u>
OPERACÃO PROPOSTA: <u>tratamento cirúrgico</u>	PORTE		%
OPERACÃO REALIZADA:			
HORA: <u>14:10</u> <u>15:10</u> <u>15:40</u> <u>16:10</u>			
ECG: <u>AS</u> <u>RS</u> <u>AS</u>			
SpO ₂ : <u>100/100/100/100/100/</u>			
ECG ₂ :			
CÓDIGO: <u>SP</u> <u>RL</u> <u>RL</u>			
500 500			
200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0			
ANOTAÇÕES:			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">CO 20 MAI 2020 COLO RECIFE</div>			
AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Propofol anestesia + sedação + respiração controlada</u>
<u>Midazolam</u>		<u>3mg</u>	① Check list ② Ventilação ③ Punção lombar
<u>Fentolam</u>		<u>100mcg</u>	<u>L3-L4, mediana, 4 agulha 25G 4cm</u>
<u>Bupivacaína</u>		<u>15mg</u>	<u>L4-5 e Clow bloqueio efetivo.</u>
<u>Ureteral</u>		<u>80mg</u>	
<u>Clonidina</u>		<u>600mcg</u>	
<u>Fentanil</u>		<u>40mcg</u>	
<u>Remifentanyl</u>		<u>10mg</u>	
<u>Dipriona</u>		<u>2g</u>	
<u>Naloxona</u>		<u>4mg</u>	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>70 min</u>			DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>90 min</u>
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO <input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO <input type="checkbox"/> PVC			ENCAMINHADO: <input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO <input type="checkbox"/> ADORMECIDO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> INTUBADO
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input type="checkbox"/> S. VESICAL <input type="checkbox"/> TEMPERATURA			DESTINO: <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> QUARTO
<input checked="" type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL			

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

Atend.

563.217

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Geandro Luiz da Silva

REGISTRO Nº 349.259

SALA CIRÚRGICA Nº 06

DATA 19/11/19

CIRURGIÃO: Frat. Exp. Tábua D

CIRURGIÃO: Dr. Felipe + Dr. Cleiton

ANESTESIA: Sedação + Raqui

ANESTESIOLOGISTA: Dr.ª Monique Siqueira

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
06	Oxigênio			04	Aguilha Descartável		
02	Água Destilada			01	Aguilha para Pendura		
03	Atropina			01	Aguilha para Raqui	25	
03	Bupivacaína <u>trebarice</u>			04	Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			01	Atadura Crepom		
	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		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
01	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
10	Soro Fisiológico			02	Fio de Nylon	2.0	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			12	Gase 7,5x7,5		
02	Tenoxicam			02	Lâmina de Bisturi		
01	<u>Morfina</u>			04	Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>Midazolam</u>			06	Luvas Estéreis 7,5		
01	<u>Fentanil</u>			02	Luvas Estéreis 8,0		
01	<u>Nausedron</u>			04	Seringa 5ml		
06	<u>Escova</u>			04	Seringa 10ml		
20	<u>Compressa</u>				Seringa 20ml		
01	<u>Transopix</u>				Sonda de Foiev		
08	<u>Touco</u>				Sonda Endotraqueal		
08	<u>Mascara</u>				Sonda Nasogástrica		
08	<u>Prope</u>				Sonda Uretal		
04	<u>Cloradmo</u>			02	Tubo para Aspiração		
04	<u>Alcool 70%</u>						
04	<u>Esparadrapo</u>						

SUBTOTAL

SUBTOTAL

TOTAL

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

Dr. Cleiton Anjos Oliveira
 CRM: 20321

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Geosy do gema

Prontuário:

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fte para D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. de Dacino pois

TRATAMENTO REALIZADO:

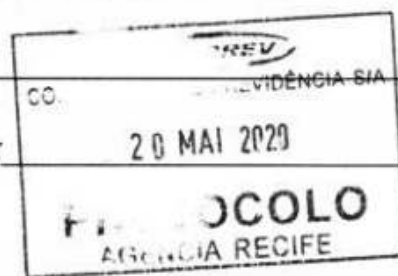
720
A+B+DIX 17 + Ativos glúteno

Alta Hospitalar: Data:

21 11 119

Hora:

20 MAI 2020



Ass. do Médico e CRM
Corimbo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014801411866
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 RENAVAM: 000-RENAVAM: 11.12.12 EXERCÍCIO: 2019

NOME: GEANDRO LUIZ DA SILVA

BEZERRAS - PE

CPF / CNPJ: 060.673.454-35 PLACA: 07X5433

PLACA ANT. UF: 00000000 / PE CHASSI: 9CPRD03508R105226

ESPECIE TIPO: PAS / MOTO / CESTA COMBUSTÍVEL: ALCOOL GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / XR150 BROS 88 ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / CIL: 2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PAVIA

COTA ÚNICA: IPVA 2015 CRÉDITO VENC. COTA ÚNICA: 1º VENC. / COTAS: 1º

PAGAMENTO: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 80.43 DATA DE PAGAMENTO: 17/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE PONTO DE PONTO OBRIGATÓRIO

NAO VALE DO PARA TRANSFERENCIA

SOCAL: Roberto Carlos Moreira Schellon DATA: 22/02/19

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

PE Nº 014801411866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GEANDRO LUIZ DA SILVA
RUA JPEI CANECA 197 55660-000

CABA CENTRO BEZERRAS - PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 22/02/19

VIA: 1 CPF / CNPJ: 060.673.454-35 PLACA: 07X5433

RENAVAM: 007777223 MARCA / MODELO: HONDA / XR150 BROS 88

ANO FAB: 2014 CATEG: 09 Nº CHASSI: 9CPRD03508R105226

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAR (R\$): 35.05 DONATARIO (R\$): 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 IOF (R\$): 0.32 TOTAL SEM IPI E IOF (R\$): 84.58

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO: 21/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.345.608/0001-04

DETRAN/PE E PRESTA O BILHETE DPVAT
NAO VALE DO PARA TRANSFERENCIA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184586 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143916/20

Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 19/11/2019

CPF: 060.673.464-35

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEANDRO LUIZ DA SILVA : 060.673.464-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020
Nome: GEANDRO LUIZ DA SILVA
CPF: 060.673.464-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

GEANDRO LUIZ DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

