

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136717

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136717

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200136717

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE LIMA 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001771-X

Conta: 000010013509-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

034.056 434-00 MARIA APARECIDA DE LIMA 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: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA 6 - CPF: 034.056 434-00
7 - Profissão: Agricultura 8 - Endereço: Sítio Vertentes 9 - Número: 3105 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99987-5498

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: 1771 0 CONTA: 13509 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que 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 5.194/74, 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 (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife - PE 29 de Fevereiro de 2020

Maria Aparecida de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard

International



4001 6382 1215 1169

4001

11/20

MARIA A LIMA SILVA
1771-X 13.509-7

VISA

Electron

Electronic use only / Apenas uso eletrônico



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000545**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2019** às **15:46**

Complementa o BO Número: **19E0157000402**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **1/5/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RODOVIA PE-71 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BRENAN**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)
JONATAS GABRIEL DE LIMA SANTOS (VITIMA)
MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO JOSE DOS SANTOS

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

JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS Pai: JOSE HELENO DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/1/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JONATAS GABRIEL DE LIMA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA Pai: JOSEILDO JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 16/9/2014 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 41, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A NOBIU VEREADOR**

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DOS ANJOS DE LIMA SILVA Pai: JOSE RAUL DA SILVA Data de Nascimento: 2/11/1985 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A NOBIU VEREADOR**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD6607** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **392828995** Chassi: **9C2KD0540CR513618**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA Indo para sua residência, transitando na PE-71, na supracitada motocicleta, juntamente com sua esposa: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA, e seu filho: JONATAS GABRIEL DE LIMA SANTOS, ambos no banco carona da moto; que nas proximidades do Sítio Brenan, na referida rodovia, outra motocicleta não identificada colidiu de frente com a vítima; que devido ao acidente quebrou um dedo da mão esquerda e quatro dedos do pé esquerdo; que foi socorrido para o hospital deste município e posteriormente transferido para o hospital Otávio de Freitas, no Recife-PE; que realizou procedimentos cirúrgicos no pé e na mão no hospital Armindo Moura, em Moreno-PE; que Maria Aparecida de Lima Silva e Jonatas Gabriel de Lima Santos foram socorridos para o hospital de Chã Grande e posteriormente encaminhados para o hospital da Restauração, em Recife, pois sofreram fraturas em seus respectivos membros inferiores esquerdo; que não sabe quem foi o autor do acidente. Sem mais, esse foi o fato.

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

Joseildo José dos Santos
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO PAULO LOURENÇO DA SILVA** - Matrícula: **2969602**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0157000402**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/05/2019** às **11:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **1/5/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RODOVIA PE-71 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BRENAN**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO JOSE DOS SANTOS

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

JOSEILDO JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DOS SANTOS** Pai: **JOSE HELENO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **20/1/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO LAJEDO GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEILDO JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD6607** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **392828995** Chassi: **9C2KD0540CR513618**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE NA DATA SUPRACITADA ESTAVA indo para sua residência, transitando na PE-71 com sua motocicleta; que nas proximidades do Sítio Brenan, na referida rodovia, outra motocicleta não identificada colidiu de frente com a vítima; que devido ao acidente quebrou um dedo da mão esquerda e quatro dedos do pé esquerdo; que foi socorrido para o Hospital deste Município e posteriormente transferido para o Hospital Otávio de Freitas, no Recife-PE; que realizou procedimentos cirúrgicos no pé e na mão no Hospital Armindo Moura, em Moreno-PE; que não sabe quem foi o autor do acidente. Sem mais, esse

FOI O FATO.

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

Joseildo Jose dos Santos
JOSEILDO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO PAULO LOURENÇO DA SILVA** - Matrícula: **2969602**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

074.056.434-00 MARIA APARECIDA DE LIMA 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: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA 6 - CPF: 074.056.434-00
7 - Profissão: Agricultura 8 - Endereço: Sítio Vertentes 9 - Número: 3105 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99987-5498

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: 1771 0 CONTA: 13509 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife - PE 29 de Fevereiro de 2020

Maria Aparecida de Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
DInter/1 - 1º Grupamento de Bombeiros

Vitória de Santo Antão, PE, 11 de junho de 2019.

N.I.

WASHINGTON LUIZ VIEIRA DE BARROS Ten Cel QOC-BM
Comandante do 1ºGB

Saulo Berenguer dos Santos
Maj. QOC BM - Mat. 990743-4

Subemt. 20.12.68

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 035/19-1ºGB

O Chefe da Divisão de Operações do 1º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA RG 7160727 SDSPE, residente ao Sítio Lajedo Grande, Zona Rural, Chã Grande-PE, certifica que uma equipe foi deslocada às 18h02min do dia 01 de maio de 2019, à PE 071, Chã Grande-PE, a fim de atuar em um acidente de trânsito envolvendo uma motocicleta Honda FAN de cor cinza, placa KFO 1439 PE, e uma motocicleta HONDA BROS 150 de cor preta, placa PFD 6607 PE, conduzido pelo Sr JOSEILDO JOSÉ DOS SANTOS, RG 6523188 SDSPE, na garupa da moto estava a Sra. MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA já qualificada, que apresentava fratura aberta no membro inferior esquerdo. Depois de prestados os devidos socorros, a vítima foi conduzida pelo nosso efetivo ao Hospital Municipal de Chã Grande, ficando aos cuidados do Dr. EDVALDO JOSÉ, CRM 16589. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do relatório básico e de atendimento pré-hospitalar da ocorrência, que se encontram arquivados na Divisão de Operações, segue, aposto, com o sinete do 1ºGB e assinado por mim, Capitão QOC/BM 707445-0 ANDRÉ PEREIRA DA SILVA, chefe da Divisão de Operações do 1ºGB.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000010013509-9

Nr. da Autenticação 372533ECA918391B

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50059-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE

MARIA APARECIDA DE LIMA
CPF: 074.055.434-00 NIS: 1642683063E

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI VERTENTES 3105

RURAL/SANTA LUZIA
55636-000 CHA GRANDE PE

As condições gerais do fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

096436776

CONTA CONTRATO

007004412855

Nº DO CLIENTE

2010880520

Nº DA INSTALAÇÃO

0005249595

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FF15.E34C.8C6D.6149.6AE8.590E.22B1.7DD6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 32 kWh	30,00	0,09967836	2,99
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09172149	2,75
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,34

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

03030093010289794 CAT 14/01/2020 1.400,00 11/02/2020 1.402,00 28 1,00003 6,03 9,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/03/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag correios chorrocho; avenida sao jose centro / panificadora maurícia;
av sao jose 25 centro/Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 11,63.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004412855	02/2020	0,00	18/02/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JARBAS BRANDÃO DE SIQUEIRA SANTOS
CPF: 583.489.524-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE 223 AP-804
STO ANTONIO/RECIFE
50010-050 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

31/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

101974393

CONTA CONTRATO

004003839066

Nº DO CLIENTE

2900480087

Nº DA INSTALAÇÃO

0003201815

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

3E14.469F.A791.CDC4.FD9C.23BD.54C2.0660

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	229,00	0,43137198	98,75
Consumo Ativo(kWh)-TE	229,00	0,36380179	83,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-MF 094226419-24/01/20			1,34
TOTAL DA FATURA			214,26

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
181,86	25,00	45,46	181,86	1,04	1,89
			181,86	4,75	8,71

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29330092
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,35030099

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAR 20	229
FEV 20	281
JAN 20	252
DEZ 19	245
NOV 19	219
OUT 19	240
SET 19	192
AGO 19	161
JUL 19	225
JUN 19	237
MAI 19	291
ABR 19	326
MAR 19	299

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	56,33 21,28
Transmissão	6,82 3,84
Distribuição (Celpe)	40,18 22,09
Encargos Setoriais	8,45 5,39
Trânsito	56,98 26,63
Perdas de Energia	12,03 5,59
TOTAL	181,86 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
030020602171038978	CAT	21/02/2020	8.940,03	24/03/2020	7.163,03	32	1.090,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
Jan/2020					
DIC-Nota de horas sem Energia	GAZOMETRO	6,00	26,36	52,17	104,34
FIC-Nota de horas sem Energia		6,00	3,11	9,22	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	12,22	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,32
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 58,32					
Nota: Consumidor pode solicitar a exclusão dos Indicadores DMC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios central salvador: avenida guararapes santo antonio / cbrn
informatica: pc da independencia 29 santo antonio lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavírus: Saiba como proteger você e sua família. Acesso saude.gov.br/coronavirus

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004003839066	03/2020	0,00	31/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 402.061.229/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.056.439/00, do sinistro de DPVAT cobertura Imvel 447 da Vítima MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.056.439/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Matias de Albuquerque, 504, Bananeiras</u>		Número <u>223</u>	Complemento <u>Sul 804</u>
Bairro <u>Santo Antônio</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50010-090</u>
Email <u>josimar.advogado@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99987-5498</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99188-9137</u>

Recife, PE, 01 de Abril de 2020
Local e Data

Josimar Carvalho de Souza
Assinatura do Declarante

HOSPITAL DE DESTINO:

SENHA DE REGULAÇÃO:

MÉDICO REGULADOR:

DATA DA RESERVA:

HORA DA RESERVA:

Médico assistente
Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

UNIDADE DE DESTINO:

NOME DO PACIENTE:

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

SEXO

FEM

MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

Síndrome de epilepsia sintomática aparente, fratura exposta de fêmur (que fratura fechada em 04-5 semanas) e fratura de nádegas. Apresentando libelularia.

CONDUITA INICIAL:

Analgia (tramadol) e curativos.

EXAMES REALIZADOS:

RX

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

avaliação e conduta da Traumatologia e Neurologia.

Data da transferência:



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

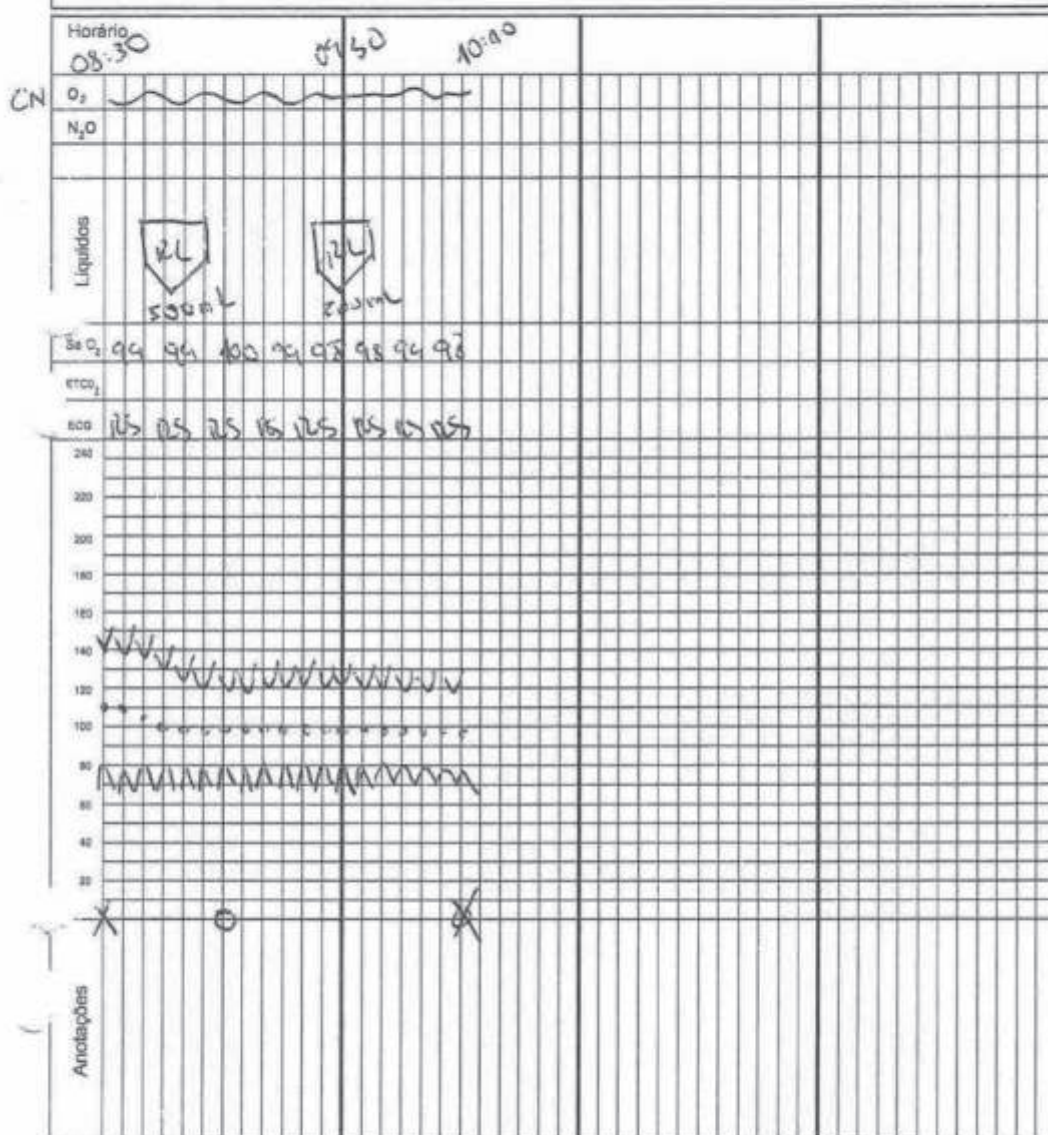
FICHA DE ANESTESIA

Data

06/06/19

Paciente: Makila Alfareclida de Lima Santos Sexo: F Cor: Branca Idade: 33 Risco: I
CRM: 120912 Nome do Anestesiista: Malyella + Malyella Nome do Cirurgião: Leonardo Gouveia + Haller
Medicação Pré-anestésica: 12 Urgência: ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia: Limpeza Cirúrgica da Fêmur E



Drogas Usadas	Quantidade
Midazolam	5mg
Fentanil	100mg
Propofol	100mg
Bupivacaína P	17mg
Morfina e	100mg
Lidocaína	50mg
Cetoprofeno	100mg
Dexametasona	10mg
Ondansetrona	8mg
Dipirona	2g

Técnica Anestésica:

Raqui-anestesia:

1) Paciente sentada, monitorizada.

2) Anestesia e antibiopsia.

3) Puncção mediana em L3-L4 com agulha 27 G de "quincke".

LCR limpo.

Sedação + CN02 2L/min

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ 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

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☐ SRPA

☐ Apart. / Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência: ☐ Não ☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiista: [Assinatura]

1421430

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

1421007		Data e Hora de Atendimento: 01/05/2019 21:44		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Paciente: 1676683		Paciente: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC		Atendimento Manual: ART 07105 NEPI	
Data de nascimento: 02/11/1985		Idade: 33a 5m 28d		Sexo: FEMININO	
Estado Civil: SOLTEIRO		Profissão:		Acompanhante: ADVANIA MARIA DE LIMA SA	
DOG ID: 1		Mãe: MARIA DOS ANJOS LIMA SILVA		Cartão SUS: 1rm 2	
Endereço: SÍTIO MUCHOCHO		Bairro: ZONA RURAL		Cidade: CHÃ GRANDE	
UF: PE		Número 1		Complemento: 17 HORA: 17	
Georreferências: 03/05 - Dador conf. pele irmã Edvane		UF: PE		Telefone: 992128976	
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		Precedência: OUTRO HOSPITAL		9-9212-8976	
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome: 9.9445-6473		Fones:		Assistente Social	
Confirmação de endereço: 600 rete cunhada					
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>					
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação: Vaga atargem e granules 13/05/19 30min de dor no abd. de Edvane, m. de Lima Santos (mãe)					
História Clínica: Pele chega a acompanhada de 1ec. e enf. 10/ Miliona de queda de 4h e 1/ perda de consciência. Imobiliz. de MIE, 11 px evidenciando fratura. Relato de 1m pulso 1000ml SF0,9% desde o acidente.					
Atendimento Médico					
Estado de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tipo:		Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		Por Quê?		11 vtr 11 pncle.	
Exame Físico:					
A: Geral		Via aérea está pèrvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
EG Crave, ronco, indolencia, impotencia (24/4), urticaria, desidratada (+/4+), consciente.					
B: Respiratório					
C: Circulatório					
PA: X mm		Pulso: 110 bpm		130 x 90 mmHg	
ROR em 2T BNF.					

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>				Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora			
Score: 3	Hora:	Score: 4	Hora:	Score: 6	Hora:		

ECG = 13 (21:55)

E: Exposição/Abdômen:

Glóbulo, deprimido, indolor, 5/10 min de hemostase

Diagnóstico Inicial: - fratura PTE
- TCE

Cod. Procedimento

Conduta:

- SF 0,9% 1000ml em 1 hora.
- Monitorização
- punção JVP.
- Sol. Hb/Ht.
- Sol. CS+RS
- Manter NCR e Tronco.

Sol. fac. crânio + col. cervical

Sol. Rx tórax e pulmões

Ass. Médico

Dr. Gilberto Lima
Cir. Cabeça e Pescoço
CRM 21394

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 01-Mai-19

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 01/05/2019 21:33

Nome Paciente: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 02/11/1985
Sexo: Feminino
Idade: 33
Senha: U0040
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 01/05/2019 21:33 - 01/05/2019 21:38

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA CERCA DE 04 HORAS APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA FECHADA EM 3, 4 E 5 MATATARSO.

Observação: SENHA 5674637

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 8

22:19 #ORTOPEDIA# 01/05/19

Paciente vítima de acidente automobilístico
HD: fx exposta de patela (E) +
fx fechada de tornozelo (E).
CD: - Solicito liberação de C. Geral e RX
p/ procedimento.

+ Aguardando/indicar SO.

- ① Cefalotima 2g + AD (E) agora
- ② Sat + cat (IM)
- ③ Dipiridam - olapit AD (E)

Dr. José Carlos Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/05/2019 21:38

CG

ssfir

Paciente c/ quadro clínico mantido,
com indicação de Abordagem cirúrgica
pelo traumatologista.

Rx tórax: & evidências de hemo/pneumotórax
ou fratura arco costal.

Rx pelve: & sinais fratura

Abd: flácida, de passagem, indur.

C2: ① Alta de CG.

② Aos cuidados da Emergência.

12/02/2022
Cristina
12/02/2022

FICHA DE ANESTESIA

Data

01/10/2019

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

MARIA INAPARECIDA DE LIMA SODRÉ

Sexo

Cor

Idade

Risco

F

BRANCA

33

BAIXO

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

VICTOR ALVES R2

Medicação Pré-anestésica

LEG: 1676683

Urgência

☐ Não☒ Sim

Cirurgia

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXATTA DE
CÔRPO E.

Horário

00:40

O₂ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

SEVO 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

Líquidos 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml

F_{IO₂} 0.21 0.21 0.21 0.21 0.21 0.21 0.21 0.21 0.21 0.21

Drogas Usadas

Quantidade

1) Ceazolin	2g
2) Pentamyl	350mg
3) Propofol	150mg
4) Rocuronio	50mg
5) Namidim	50mg
6) Propofol	100mg
7) Dipirone	2g
8) Olanzapina	8mg
9) Ondansetron	8mg
10) Aluprin	1mg
11) Neostigmina	2mg

Técnica Anestésica

Anestesia geral Balancada
Paciente monitorizada,
pré-oxigenada, indução
nemosa, JOT c/ JOT n.º
o/cuf. confirmada
por capnografia e ausculta
Estimulada com 50 e
succinilcolina de 50mg.

Monitorização

☒ Cardioscópio☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Elet. Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volémia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apart. / Ent.☐ UTI☐ Externo

Intercomência:

☒ Não☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiologista:

11/10/19
27/10/19



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Maria Aparecida de Lima

Nº do Registro : 1676683

Clínica : Ortopedia

Nº do Leito :

Operador : Vinícius + Juciano

1º Assistente : Thales Lacerda

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista : Dr. Vitor

Anestesia : Geral

Duração :

Data da Operação : 02/05/19

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : fratura exposta de fêmur distal (E) +

fratura fechada de TNZ (E) + pé (E)

Diagnóstico Pós-Operatório : O mesmo + síndrome compartimental do pé (E)

Operação Proposta : tratamento cirúrgico da fratura exposta

Operação Realizada : O mesmo + fasciotomia de pé (E)

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1- Paciente em DDA sob efeito anestésico
- 2- Rotina asséptica + campos estéreis.
- 3- Observado ferimento extenso em face anterior e posterior de joelho (E) com contaminação grosseira + edema importante e cianose de metacarpos e pé (E).
- 4- Irrigação exaustiva + debridamento de ferimento de coxa (E) + limpeza de focos de fratura.
- 5- Sutura de ferimentos + fixação transarticular de tubos a. tubos.
- 6- Fasciotomia de pé (E) + irrigação de fraturas.
- 7- Curativo estéril + tala sinopodálica.
- 8- Boa perfusão distal

Dr. José Vinícius
Ortopedia e Traumatologia
R. 75516

COD. 0342



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
REG 1676683

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)
Nº 057462
1º Via Fixa

Hospital: H.R Convênio: SUS Cidade: _____
Nome do Paciente: Me Aparecida de Lima Santos Data da Cirurgia: 02/05/19
Médico: _____ Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
fixador externo	tubo - tubo	06	

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedista e Traumatologia
CRM-PE: 22860

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

FATURADO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 06/05/2019 16:02

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 06/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ

SUORTE CLINICO
PRE OP

08/05/19

Paciente com amputação da
fratura do fêmur moçada 01 amputação.

Seguindo em RGC, Acidente, Gupen, Apênd, Anestesia
Solubida exame pré-op.

Obs: Paciente tomou 4 bolus de sangue após 01h
AB (4.7).

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 27827

12/05/19
CURATIVO

18105119
CURATIVO
Marcelas

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 27827

18105119
CURATIVO
Marcelas



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08/05/19
CURATIVO
Juliana

09/05/19
CURATIVO
Ana Amélia



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 09/05/2019 09:56

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 09/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA HOJE E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

SUPORTE CLÍNICO
AGUARDA NOVA PROGRAMAÇÃO


Dr. Jenner Felipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMEPE 27827



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 14/05/2019 15:41

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

SUPORTE CLÍNICO
AGUARDA NOVA PROGRAMAÇÃO

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27827

CURATIVO
25/05/19
pua

PACIENTE Marina Aparecida de Lima SantosREGISTRO 1676683CIRURGIA Traumáticodata 02/05/19 CIRCULANTERita

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> 1	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
<input checked="" type="checkbox"/> 1	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcen)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocalina
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alentanila (rapifen)		Neostigmine
	Atad. Crepe		Fita cardiaca		Antibiótico <u>ketogel</u>		Pancurônio
	Atad. Geessada	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	<input type="checkbox"/> 1	Lâmina bisturi n° (2B) ()		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica n° 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopunção n°	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Luva cirúrgica n° 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	<input type="checkbox"/> 1	Luva cirúrgica n° 8.0		Decadron		Soro fisiológico <u>seu</u>
	Cêra óssea	<input checked="" type="checkbox"/> 20	Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()	<input type="checkbox"/> 1	Seringa insulina () 5cc (V)		Diazepam		Soro glicosado
<input checked="" type="checkbox"/> 1	Compressa cirúrgica <u>ret c/5</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Seringa 10cc (V) 20cc (V)		Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelecin)
<input checked="" type="checkbox"/> 1	Eletrodo		Sonda endotraqueal (8D)		Dormonid		Tracrium
	Eq. De bomba		Sonda de foley n° ()		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro		Sonda nosogástrica n° ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral n° (14)		Fentolína (hidantal)		Xilocaína C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaína S/A
	Fio de aço		Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaína 2ml
	Fio de aço		<u>elavixidina</u>		Gelafundin		Xilocaína geléia
	Fio de algodão c/a		<u>Alcod</u>		Glicose 10ml		
	Fio de algodão c/a		<u>Alcod</u>		Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a		<u>Alcod</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a		<u>Alcod</u>		hidrocortisona		
	Fio de nylon 2.0		<u>Alcod</u>		Hypnomidate		
	Fio de nylon 2.0		<u>Alcod</u>		isoflurano		
	Fio de nylon		<u>Alcod</u>		Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a		<u>Alcod</u>		Manitol		
	Fio protene c/a		<u>Alcod</u>		Meperidina (Dolanina)		
	Fio protene s/a		<u>Alcod</u>				

30-2009



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Maria Aparecida ^{de} Lima
Santos

602-07

167 6683

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/05/19

HD: Fratura fechada de fêmur distal
No Bloco cirúrgico: Foi realizado por tórax
cirúrgico de fêmur distal, fixação interna com
pino tipo Lima + parafuso condal 6.5 para
aderir o fragmento interfragmentar de condila
femoral esquerda. Foi realizado anel para
estabilizar o osso em região de nível ilíaco
direito e colar em fragmento o espinhaço
na fêmur distal esquerda.

- CD:
- 1) Analgesia rigorosa
 - 2) Mantida ATB
 - 3) Aus 6 pontos SUT, que oltu
da SR

Stanley Nappetão
MEDICO
CRM-917472

16/05/19 HSRPA - Diurno

13:30 - Paciente admitida em PO, diário e
co de patina de fêmur esquerda, EGA,
consciente e orientada, anel, SUT
corado, SUT FC = 63 bpm FR = 16 ip
PA = 130/70 mmHg = 95%, FO e NIF, diário
esperança

20/05/19

curatila
diário



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS

SAPA / MTLA

1676693

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#16/05/19, 14:45# #SAPA#

• DESDE ADMISSÃO NESTA SAPA, HOJE EM POS DE TTD DE PRATICA DE FEMVA EJA. ("FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO", SIC), PACIENTE EM EUB, EUPMICA (AA), RAMSAY 03, ORIENTADA, BEBECALHA LEVE DOR EM MSE. NENHUMA INTERFERENCIA DESDE ENTÃO.

+CD: ① ORIENTO ENFERMEIRAS A CONTINUAR SEGUINDO PRESCRIÇÃO DA S.O., EM QUE CONSTA ANESTESIA.

② ALTA DA SAPA.

[Signature]
Sally Scherb Steinberg
CRM-PE 18.873

CURATIVO

21/05/19

[Signature]

CURATIVO

21/05/19
[Signature]

D2106119
CURATIVO
[Signature]



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 17/05/2019 08:34

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP EG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA

CD:
SUPORTE CLINICO
GUARDA MELHORA

Dr. Jenner Felipe
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 27827



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 21/05/2019 07:40

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 21/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP. BÉG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA

CD:
- SUPORTE CLÍNICO
- AGUARDA MELHORA

Dr. Jenner Felipe
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 27877

25/05/19
CURATIVO
marcas



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 24/05/2019 06:41

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA.

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA. PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE. TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA.

CD:
SUPORTE CLÍNICO
GUARDA MELHORA

05.06.19
CURATIVO
[Signature]

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CREMERE: 27827

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Maria Aparecida Lima Santos

Nº do Registro : 1676683

Clinica : Traumatologia

Nº do Leito : 602-7

Operador : Dr. Bernardo Góes

1º Assistente : Dr. Stanley

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista : Dr. Raulson

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : 27/05/19

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura de tornozelo E +

Fratura ossos do pé esquerdo

Diagnóstico Pós-Operatório : A artrose

Operação Proposta : Fixação externa em tornozelo E +

Variz na perna esquerda

Operação Realizada :

A artrose

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Ponte DPH colocada artrose
- 2) Anestesia + Antissepsia
- 3) Colapso do campo cirúrgico
- 4) Fixação externa tubo + tubo em tornozelo esquerdo
- 5) Variz (Variz na perna esquerda + colheita material para cultura)
- 6) Curativo com SF 0.9 %
- 7) Aplicação de bandagem
- 8) Curativo Estéril

Dr. Stanley Napoleão
MÉDICO
CRM-PI 7472

TIP
DAT

FICHA DE ANESTESIA

Data

27/05/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

MARIA APARECIDA LIMA SANTOS

Sexo

Cor

Idade

Risco

F

P

33

1

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

DR. RANILSON NASCIMENTO

BERNARDO CHAVES

Medicação Pré-anestésica

1676683

Ligação

☒ Não☐ Sim

Cirurgia

Tratamento cirúrgico de fratura do tornozelo e limpeza de ferimento infectado

Hora 14:10 15:10 16:10 17:10 18:10

O₂N₂OS₁₀₀

Drogas Usadas

Quantidade

Midazolam 5mg

Fentanil 100µg

Bupivacaína Perda 15mg

Lidocaína 2g

Dexametasona 10mg

Clotrogênio 100mg

Ondansetrona 8mg

Ranitidina 50mg

Técnica Anestésica

Ragimaster: clado. lit. c no

paciente ventado, punção lombar

mediana L4-L5, Quincho 25g

Bloqueio efetivo

Monitorização

☒ Cardioscópio☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Elet. Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervos☐ Linha Arterial☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apart. / Ent.☐ UTI☐ Externa

Intercomência:

☒ Não☐ Sim

Descrever:

Observações:

Dr. Ranilson Nascimento

Médico Anestesiologista

CPF: 192.222.784-15

CRM 8612 / CRO 228104

Assinatura do Anestesiologista:

COD. 0152

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

Reg. 1676683

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

№ 058778.

1° Via Fissa

Hospital Restauração Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: M^a Aparecida de Almeida Santos Data da Cirurgia: 27/05/17
Médico: Dr. Bernardo Chaves Membro Operado: MIE

[illegible]

Dr. Stanley M. ...
MÉDICO
CRM-PI 7472

FATURADO

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

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

FICHA DE ANESTESIA

Data

16/01/2019

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



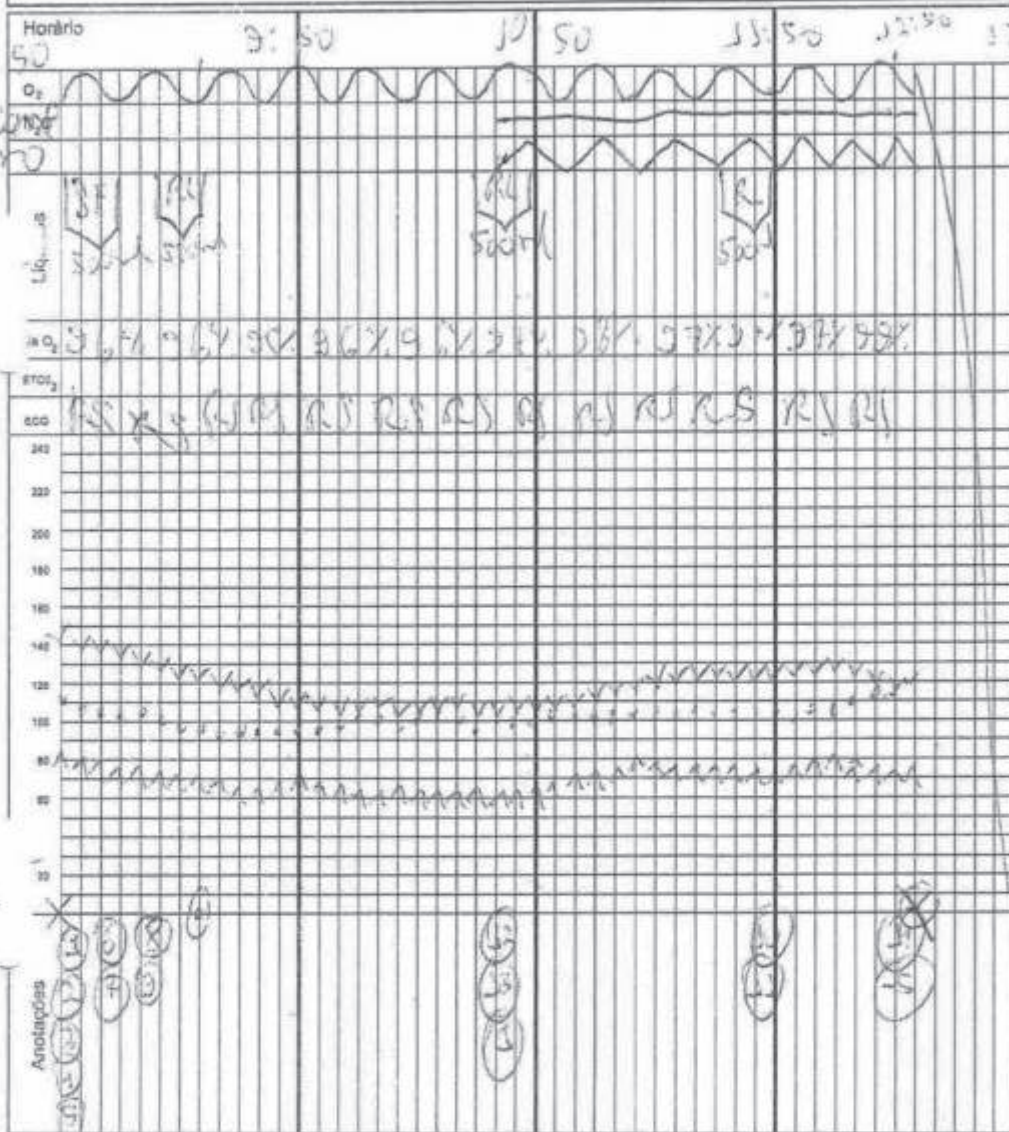
PERNAMBUCO

Pacientes: MARIA APARECIDA DE LIMA ISIDORAIS | Sexo: F | Cor: PD | Idade: 33 | Risco: I

CRM: 12345 | Nome do Anestesiologista: LUCIANA MARIA MARIANO | Nome do Cirurgião: LILIANA ROCHA VILHELA

Medicação Pré-anestésica: RL 5 1676683 | Urgência: ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO



Drogas Usadas	Quantidade
1) FENTANYL	400mg
2) MIDAZOLAM	5mg
3) BUPIVACAÍNA 0.5%	20mg
4) MORFINA 0.5%	100mg
5) LIDOCAÍNA 2% LIV	60mg
6) CLORALHÍDRA	2g
7) TETRACICLINA	80mg
8) DEXAMETASONA	10mg
9) CETOPIRIFENO	100mg
10) DIFENIDOL	2g
11) UNASIN	80mg
12) PROPOFOL	100mg
13) BUPIVACAÍNA	30mg
14) DIFENIDOL	1.5g
Técnica Anestésica: TUBULARES	

SEDAÇÃO TUBULARES
PACIENTE SEDADA, ANTISPASIA
E ASSPESIA, PUNÇÃO MEDIANA
COM ALGUMA DE QUINQUE 276
Em L2-L3, L4-L5 E L5-S1,
SANGUE AUSENTE, BLOQUEIO
BASTANTE. O2 POR CATETER.
CONVERSÃO PARA ANESTESIA
GERAL DA LUGAR, PÓS O
NÍVEL DO BLOQUEIO EDAI 3-4-5
XO DO BLOQUEIO PACIENTE EM

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos
<input type="checkbox"/> Elet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

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

Interconferência:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Descrever:	105 POK 20 C/TOT N: 45 CLOC
Observações:	VIM MODO VCU, VCU 50, FR 12, PRESS. SIST. 120, DIAST. 80, PULSO 120, SAT. 98% COM SUPLENTO DE O2
	LABORATO INICIO: 9:20
	LABORATO FIM: 12:25

Assinatura do Anestesiologista:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Marie Aparecida Lima

Enfermaria/Leito

602.7

Registro

1676683

EVOLUÇÃO CLÍNICA

27/05/19 Traumatismo

HD: Fratura de tornozelo esquerdo + F.O
sem ferimento

CD: ① No bloco: Realizada fixação externa
em ~~fratura~~ tornozelo esquerdo sem intercorrências
② Limpeza cirúrgica da ferida

③ Prescrição Medicamentosa

④ Ao 6º andar SR para o alto
de SR

Dr. Stanley Napolitano
MÉDICO
CRM-PE 7472

27.05/19

#SRPA#

Paciente admitida no POI de fixação externa em tornozelo direito, SEM
INTERCORRÊNCIAS. Chega em AB AMBIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADA.

Ao EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA.

ACV: RLR, EM 2T, BUF, SIS.

AR: MVD, EM AUT, SIRS.

CD: Alta da SR.

Marco Crasto Neto
Médico
CRM-PE 27.216



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Maria Aparecida Moca

1421430.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

27/05/19 - SRPA - Enfermaria
16:55 - Paciente em PO₂ de
TOT cirúrgico de fratura de
tornozelo. Consciente, orientada.

Enfermeira
COREN - 98320-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676583

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 27/05/2019 13:40

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLÍNICO
AGUARDA MELHORA

Dr. Jenner Felipe
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE: 27827



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 29/05/2019 08:52

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PE.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLINICO
AGUARDA MELHORA

03.06.19
CURATIVO
[Signature]

[Signature]
Dr. Jenner F...
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE: 27847

30
05
19
CURATIVO
[Signature]



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 31/05/2019 07:02

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 31/05/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PE.
CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA.

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLINICO
AGUARDA MELHORA

Dr. Felipe
Ortopedi e Traumatologia
CREMEP: 27877



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 03/06/2019 06:55

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/06/2019

Hora: 16:01

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP REG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA. PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE. TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
SUPORTE CLINICO
GUARDA MELHORA

12-06-19
CURATIVO
J. J. J.

Dr. Stanley Napoleão
MÉDICO
CRM-P: 17472



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Marie-Agnes Linn

602.07

1421007

Prout. 167-6683

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07/06/14 10:55

HD - Ferid Operative Inspector

Ch. ① Lampyris longicauda

② Mental Arithmetic

③ A. 6 made seal app
Wto Gl SL

Dr. Stanley Napolitano
Médico
C.M.P. 17472

06/06/19 Paciente admitida em PSI de Luperon Amadora
(12:30h) de Pânico insuportável, com insuportável e sintomas
cardíacos, hipertensão por um mês de APT.
Quanto ao E.O. Lupo e sua esposa extremamente. Pânico
Extremo em tempo inferior (C). Set-961 em 12 m
antes. P=96 bpm; Sinais em observação. P

Vanila Maria da Silva Braz
COREN-PE 70485-ENF

#06/06/19, 12:40#

#5000 #

11.06.81
CURATIVE

• DESDE ADMISSÃO NA SAPA, HOJE EM POI, PACIENTE EM EBO, RAMSAY 02, EUPNEICA (AA) E SEM ANXIOL.

* CD: ① ALTA DA SAPA.

Sally Scherb Steinberg
Crim PE 15.473

09.06.19
CURATIVO

08/06/19

CURATIVO
Inaceptable

CURATIVO

0x100119
pilot
velocity
curvature

CURATIVO

Q. 2. 19

26/06/2019 - Fisioterapia motor
Paciente orientada, colaborativa e em quies. Está
em P.O.I. de limpeza articular em MTE. Pavimentação
zona a fisioterapia em D.D.
Conduta: - Alongamento e mobilização em MSD.
- Cinesioterapia ativa em diagonal em
MSD.

MSD.

BEATRIZ AMARAL
Fisioterapeuta
CREFI 114738-F

07/06/2019 Fisioterapia motora

Paciente orientada, colaborativa e sonolenta.
Alongamento MSD, Flexão extensor, Exercício ADM
de força de ombro, mobilização do ombro.

Adm Raqueline Lital

Patrícia Verçosa
Fisioterapeuta
CREFI 114738-F

01/06/19 - Fisioterapia motora

Paciente orientada, colaborativa e em quies.

Conduta: - Alongamento + mobilização em MSD.
- Cinesioterapia ativa em diagonal em MSD.

BEATRIZ AMARAL
Fisioterapeuta
CREFI 114738-F

01/06/2019. Paciente, consciente, orientado, colaborativa, feito exercícios em MSD, para ganho de amplitude articular e fortalecimento.

Conduta motora montada para alongamento, mobilização.

Cinesioterapia passiva com resistência e liberação miofascial em região cervical, uso de bola de cravo para massagem.

Paciente refere leve quadro agudo no sentido de flexão e adução do Ombro, porém responde positivamente a conduta fisioterapêutica na realização dos exercícios.

Adm. Glorilda Costa

BEATRIZ AMARAL
Fisioterapeuta
CREFI 114738-F

Leiliana Macêdo
Fisioterapeuta
CREFI 114738-F



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 14/06/2019 18:17

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/06/2019

Hora: 18:17

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP
BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, CÔSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE
TROCADO ESQUEMA DE ATB PARA MEROPENEM+ VANCOMICINA

CD:
PORTO CLINICO
GUARDA MELHORA

27/06/19
CURATIVO
[Signature]

Jr. Avner Alencar
Médico
CREMEPE 26.793
[Signature]

15/06/19
CURATIVO
[Signature]

24/06/19
CURATIVO
[Signature]

00/00/19
CURATIVO
[Signature]

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACÃO	QUANT.	MEDICACÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 13x4		Fio simples		Alcornoque	1	Neocaina
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Crepe		Fita cardiaca		Antibiótico		Pancurônio
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Gessada		Gase <input checked="" type="checkbox"/>		Antibiótico	1	Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo		Lâmina bisturi nº 13 ()		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopuncção nº		Luva cirúrgica nº 7.5 <input checked="" type="checkbox"/>		Cetoprofeno		Sevorane
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. de oxigênio		Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	1	Soro fisiológico <u>Seem</u>
	Cera óssea		Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()		Seringa insulina () 5cc (<input checked="" type="checkbox"/>)		Diazepam		Soro glicosado
	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc (<input checked="" type="checkbox"/>) 20cc (<input checked="" type="checkbox"/>)		Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Traciun
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efartil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Tomeira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço		Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
	Fio de aço		<u>alcoanol</u>		Gelafundin		Xilocaina geléia
	Fio de algodão c/a		<u>cloradine</u>		Glicose 10ml		<u>Rubivacina</u>
	Fio de algodão c/a		<u>placa de bisturi</u>		Gluconato de sódio	1	<u>metformine</u>
	Fio de algodão s/a				Heparina		<u>hidrocortisona</u>
	Fio de algodão s/a				hidrocortisona	1	<u>gndarbone</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon <u>2.0</u>				Hypnomidate		
	Fio de nylon				isoflurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		



Unidade de Saúde: **HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Paciente:	Maria Aparecida Lima	Nº do Registro:	1421007
Clínica:	Traumatismo	Nº do leito:	602.7
Operador:	Dr. Leonirio Gomes		
1º Assistente:	Dr. Stanley e Thales	2º Assistente:	
Instrumentador:		Anestesista:	Dr. Luciano
Anestesia:	Roxen	Duração:	40 min
Data da Operação:		Início:	
		Fim:	

Diagnostico Pré-Operatório: *Fratura infectada*

Diagnostico Pós-Operatório: *A zolam*

Operação Proposta: *Longo Curto*

Operação Realizada: *A zolam*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DDH sob efeito anestésico
- 2) Anestesia + oxigênio
- 3) Realização de pontos para drenagem da ferida
- 4) Longo Curto + fixação com parafusos + irrigação abundante com SF0.9
- 5) Sutura por plano
- 6) Curativo estéril

Stanley
MÉDICO
CRM 17472
Dr. Stanley Napoleão



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

M^a Aparecida de L. Santos

Enfermaria/Leito

602-7

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/06/19 - Fisioterapia Motora

Paciente orientada, colaborativa e queixando-se de dor ao movimento em ombro D. Apresenta dor ao realizar adução horizontal e na extensão de ombro D, ADM em todos os movimentos de ombro D normais, FM grau 4 em todos os movimentos de ombro D. Paciente com fratura de clavícula, observada no exame clínico.

Conduta: - Mobilização ombro D.

- Alongamento MSD.

- Cinestesia ativa em litagem de MSD.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114738-F

05/06/2017 - Fisioterapia Motora

Paciente eufórica, orientada colaborativa, normoconsciente e com queixa de dor ao movimento no ombro D. Foi realizado alongamentos ativos; rotação; adução e abdução, e, elevação lateral e frontal (ambos em MSD).

Ass: Anne Karoline de Lima

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114738-F

Leiliana Macêdo
Fisioterapeuta
CREFITO 250191-F



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Maria Aparecida

Enfermaria/Leito

602 - 7

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

12/06/19 Psicologia 15:50

No momento, a paciente encontra-se consciente e orientada. Receptiva ao atendimento. Foi notado entristecimento referente ao período de hospitalização e saúde do filho. A mesma está vivenciando expectativa da retirada dos fixadores. Foi realizada escuta e intervenção psicológica buscando fortalecer a autonomia da paciente e reforçar a importância do tratamento clínico. Permanecerá em atendimento sistemático.

Daniela Brayner
Estagiária.

91.06.19
CURATIVO
J

Isa Rodrigues

Isa Fátima C. Rodrigues
Psicóloga
CRP 02/10203



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Maria Aparecida

Enfermaria/Leito

602-7

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

14/06/19 - Fisioterapia Motora

Paciente orientada, colaborativa e sem queixas. Relata sentir melhora nos movimentos do ombro direito.

Conduta: - Alongamento M.D.
- Arterioterapia ativa diagonal em M.D.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114799-F

21/06/2019 Fisioterapia motora

Paciente consciente, orientada, colaborativa, com queixas de dor na perna E e ombro D, iniciou fisioterapia com flexão, adução e Abdução ativa de ombro D, realizou em perna D, elevação de perna com joelhos estendidos, flexão de joelho e quadril, dorsiflexão e flexão plantar, finalizando com isometria de quadríceps, em pé E, realizou apenas mobilização de folanges (metacarpo distais).

Atend: Maria Amélia

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114799-F

Maria Clara Souza
Fisioterapeuta
CREFITO 237493-F

29-06-19 - Fisioterapia motora

Paciente consciente, orientada, colaborativa com queixa de dor na perna E e ombro D. Iniciou a fisioterapia com mobilização articular no MMSS + mobilização Patelar em M.D. Fez elevação da perna, flexão de joelho e quadril. Realizou flexão plantar e exercícios isométricos na região poplitea ~~interna~~ ambos em M.D. Em MMSS foi realizada drenagem linfática em mão esquerda e em ambas as MMSS foi realizado (flexão, adução e Abdução) ativa finalizando com elevação mioplasma em ombro direito.

Maria Clara Souza
Fisioterapeuta
CREFITO 237493-F

20/06/19 - Fisioterapia Motora

Paciente colaborativa, orientada e com queixa de dor no tornozelo esquerdo e ombro direito.

Foi realizada em MMII mobilização de tornozelo, falanges e interosseos, mobilização patelar MII, flexão e extensão de quadril com o joelho estendido, flexão e extensão de joelho em MII e isometria na região poplitea.

Em MMSS foi realizado abdução e adução, mobilização de ombro, liberação miofascial. Terminou com drenagem linfática em MMII e MMSS.

Acd; Dayane Costa; Deborah Costa

21/06/19 - Fisioterapia Motora
Paciente orientada, colaborativa e sem queixas.
Conduta mantida.

HEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114728-F

21/06/19 - Fisioterapia Motora

Paciente orientada, queixa de dor moderada ombro D (nista fratura proximal clavícula) com arco completo movimento vista articulação. MIE esquerda com adutor rotando bloqueando articulação tornozelo e intosseos e dor no coto de membro inferior. Onde limitação para flexão joelho E (liberado pela equipe médica para mobilização após ter evoluído infecção fêmur E).

Conduta: Transfêrre US D + mobilização escapula e intra-articular ombro D.
Ergonomia ativa MII.
Ergonomia ativa MIE
Mobilização patela
Transfêrre Quadriceps (glicina, IST)

Fátima Abaio F. Machado
Fisioterapeuta
CREFITO 114728-F

21/06/19 - Fisioterapia Motora

Fátima Abaio F. Machado



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC

PRONTUÁRIO: 1676683

SEXO: Feminino

DATA NASC: 02/11/1985

DATA/HORA: 27/06/2019 16:07

ATENDIMENTO: 1421430

Leito 602-L7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/06/2019

Hora: 16:07

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NA QUARTA FEIRA TENDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO E FRATURA DE OSSOS DO PÉ. CIRURGIA ESTAVA MARCADA PARA 9/05/19 E FOI CANCELADA POR FALTA DE ANESTESISTA

FOI ABORDADA PELA ORTOPEDIA 16/05/19, SEGUE EM POS OP;

BEG, EUPNEICA, ACIANOTICA, AFEBRIL, COSCIENTE, ORIENTADA
PACIENTE APRESENTA NEUROPRAXIA EM MIE

FO: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

CD:
RETIRO PONTOS LOCALIZADOS EM COXA E.
SUPORTE CLÍNICO

30-06-19
CURATIVO
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Dr. André Almeida
Médico
CREMEP 20.793

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS SIC	PRONTUÁRIO: 1676693	ATENDIMENTO: 01421430
DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1985	FOI ATENDIDO EM: 01/05/2019 Às 15:22	
	DATA DA ALTA: 02/07/2019 Às 15:09	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE FÊMUR (CID: S.72) + FRATURA DE OSSOS DO PÉ (CID: S.92)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR + TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO EM PE.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA + ANTICOAGULAÇÃO;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS;
CURATIVO DIARIO;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. BERNADO CHAVES E APOS 30 DIAS PARA DR. LEONARDO GOUVEIA.

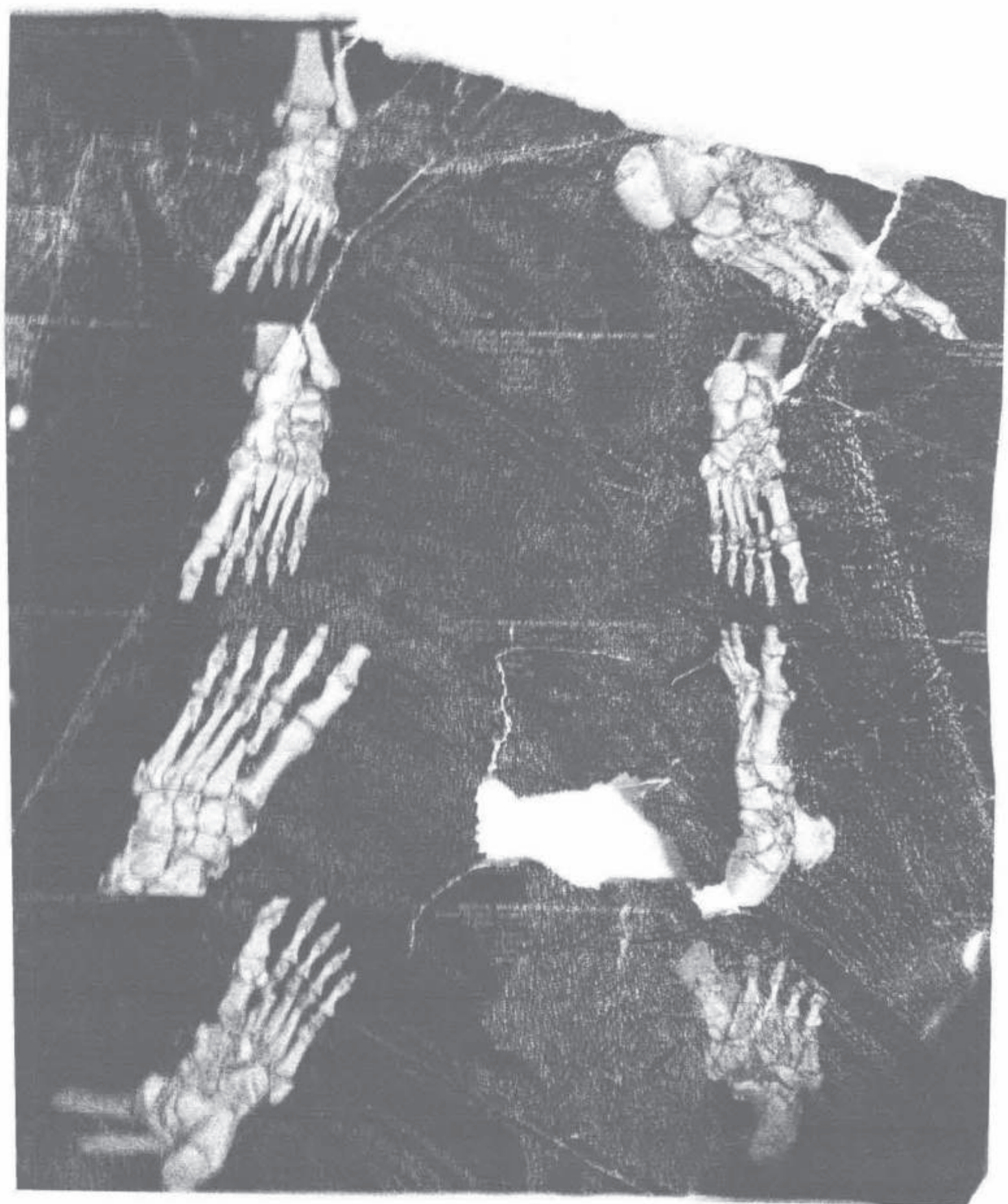
Dr. Avrida Alencar,
Médico
CREMEPE 26.793

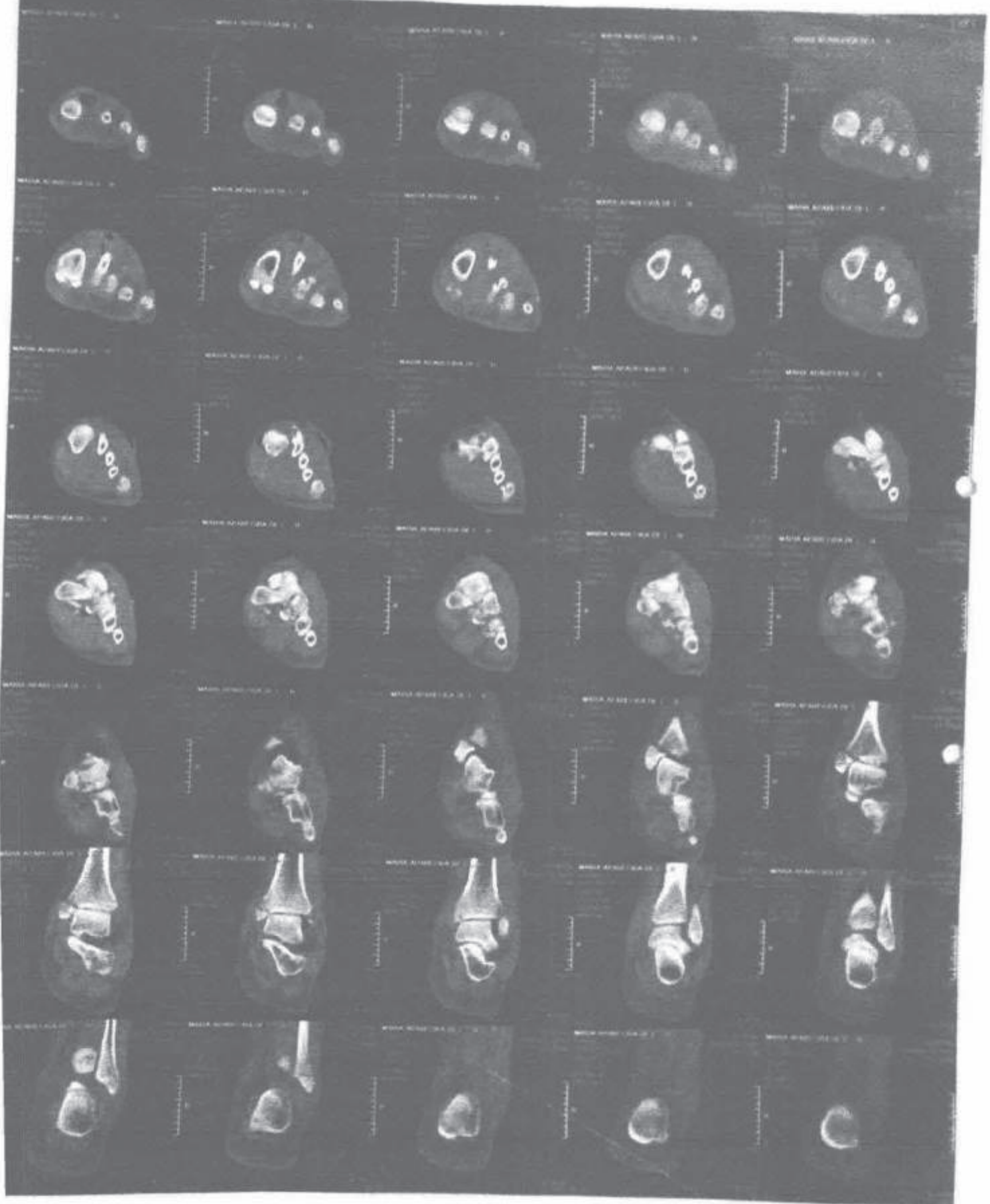
FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: N°.7472

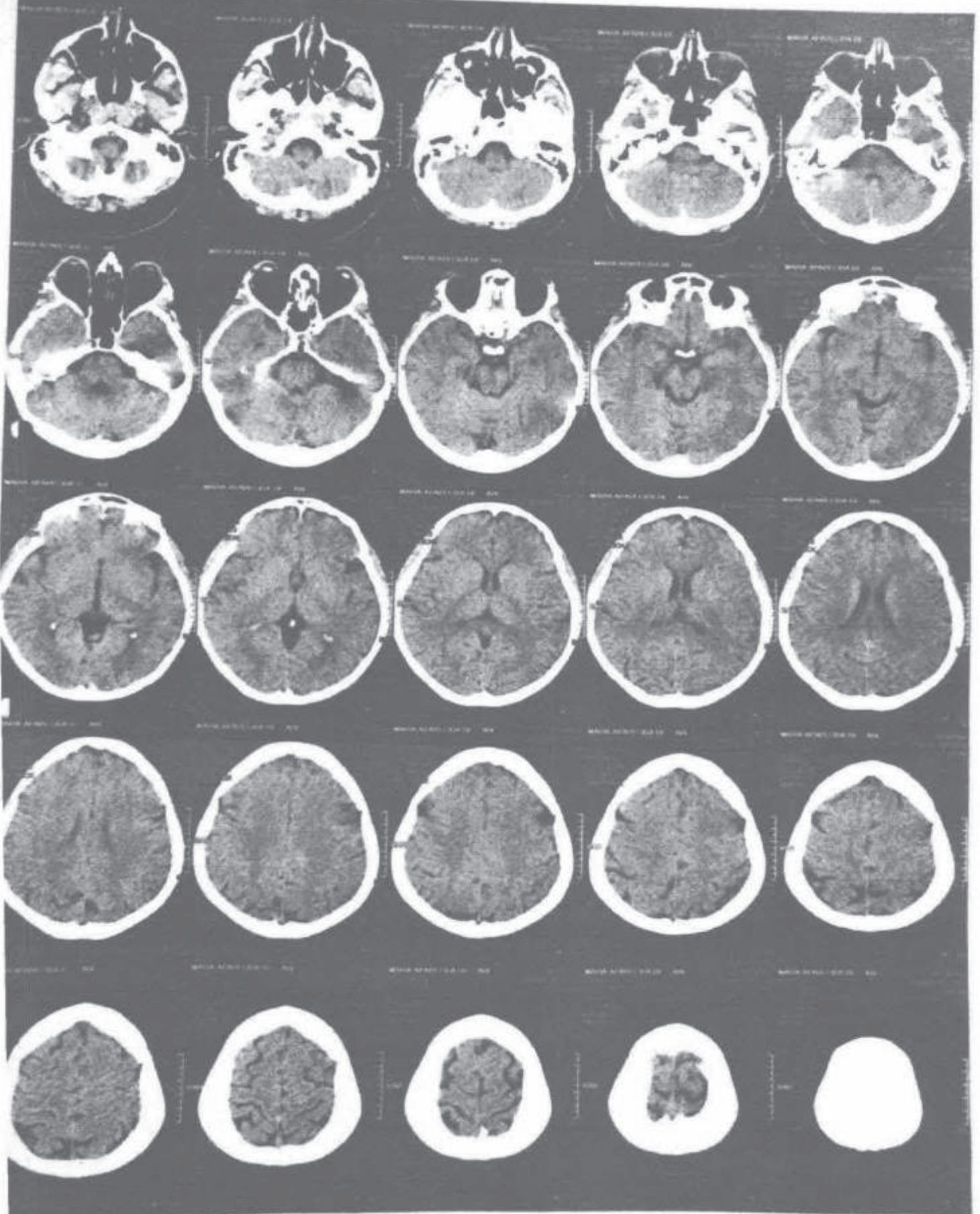
Recife, 02, JULHO ,2019

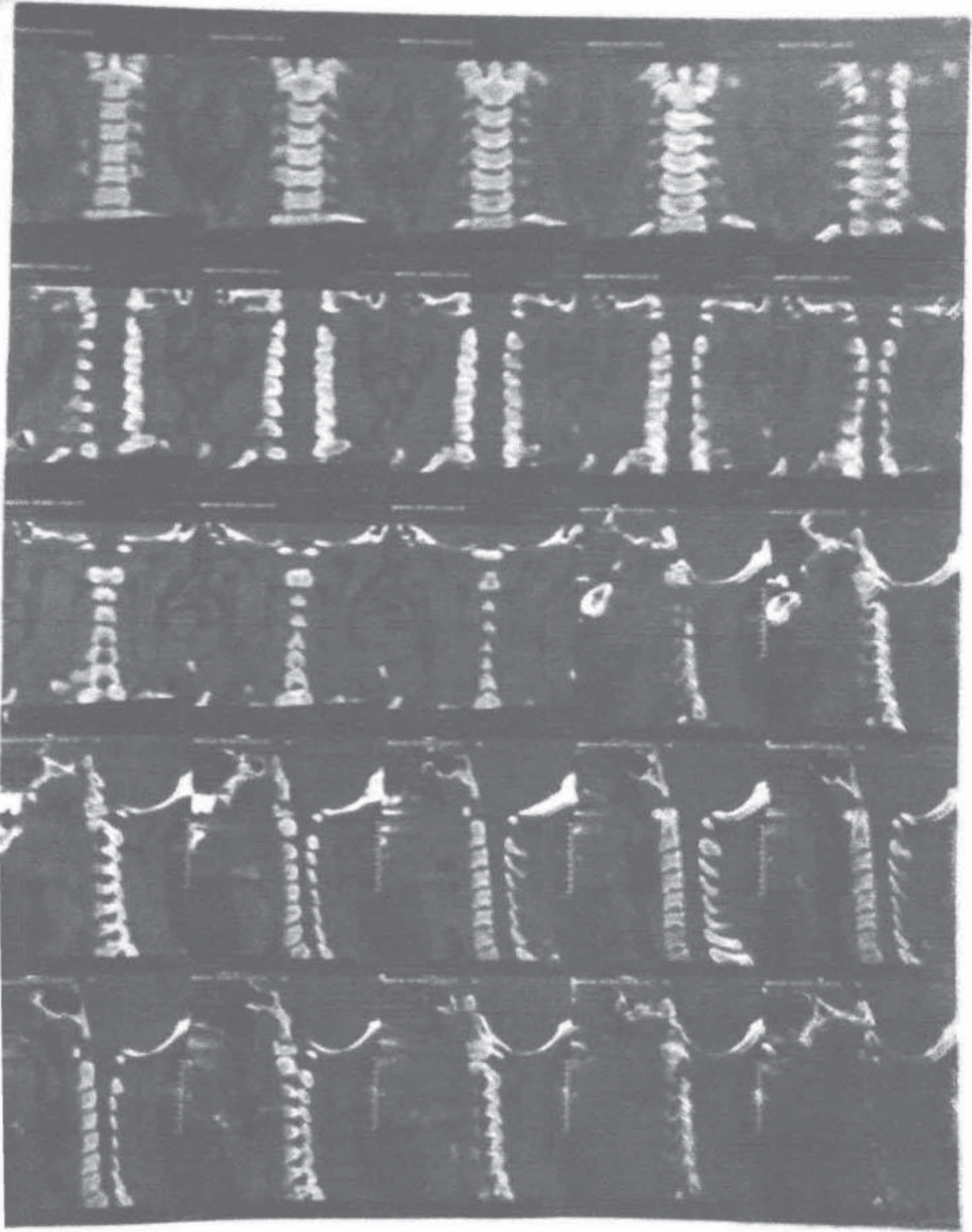
ATENÇÃO:

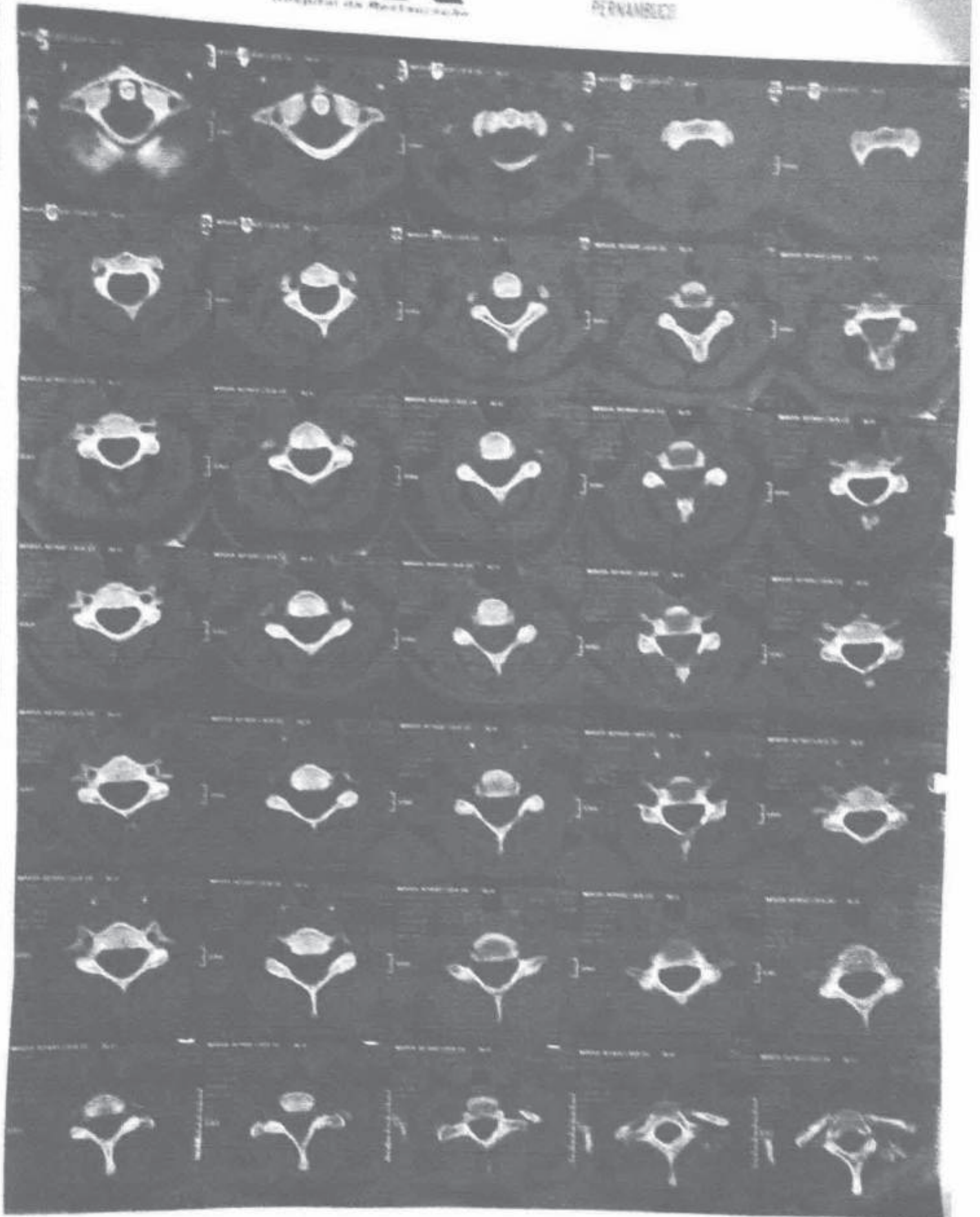
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

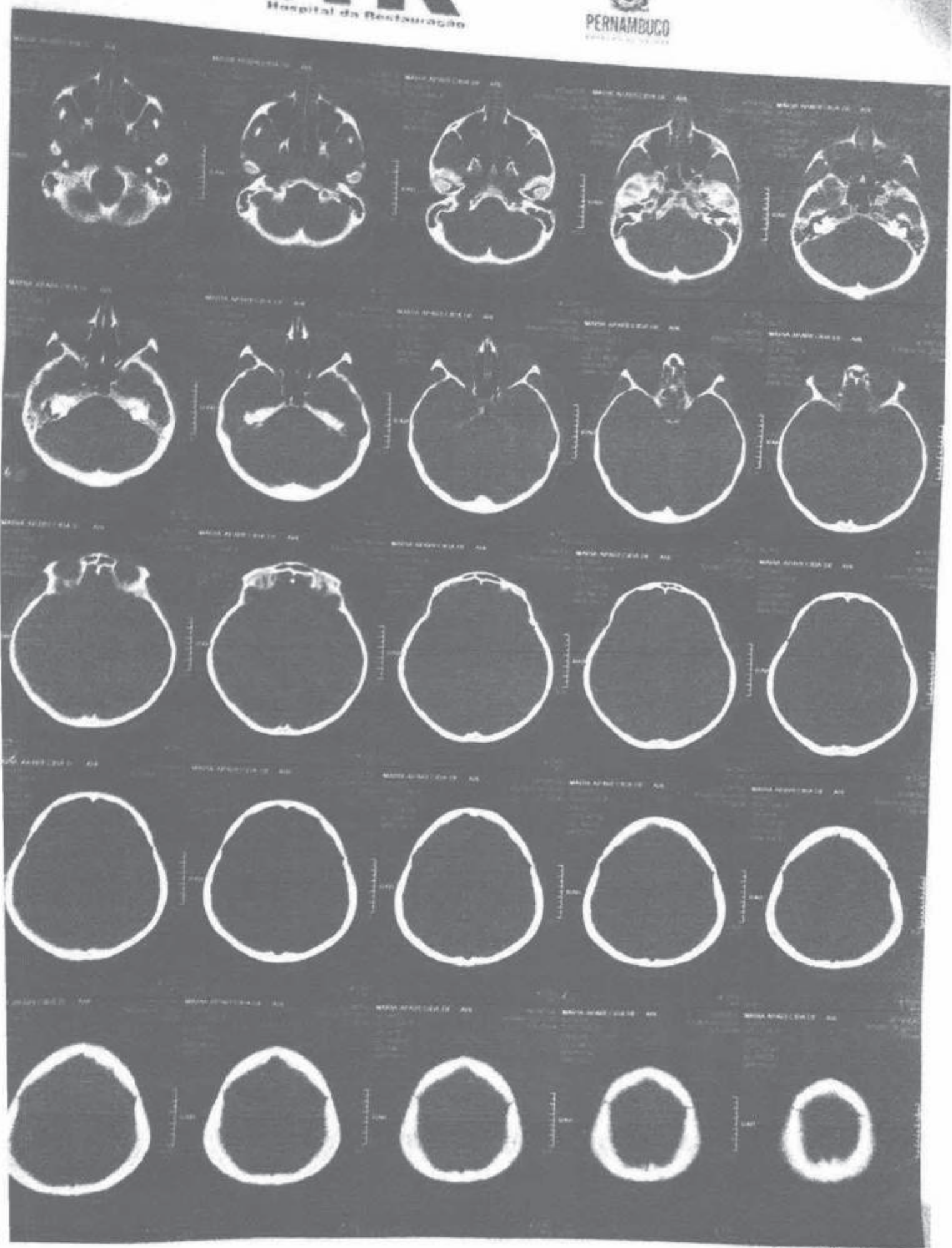


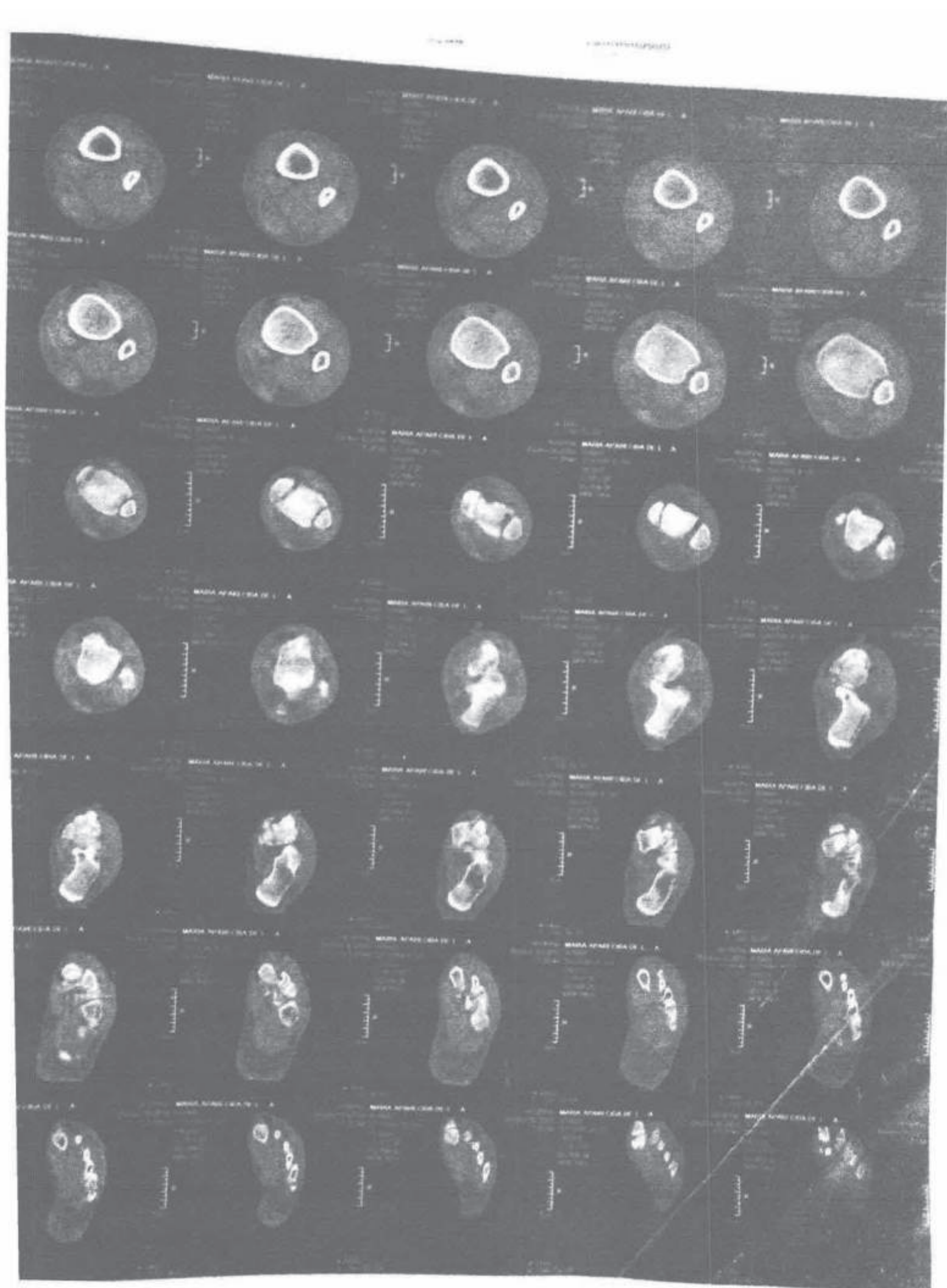


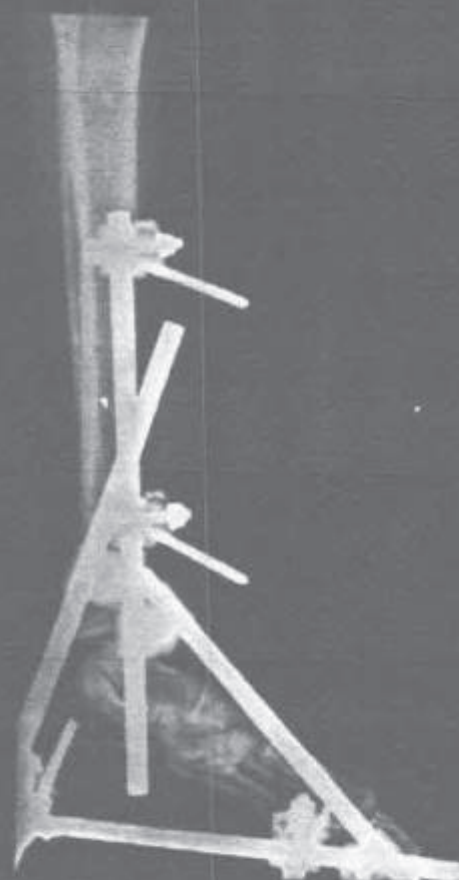
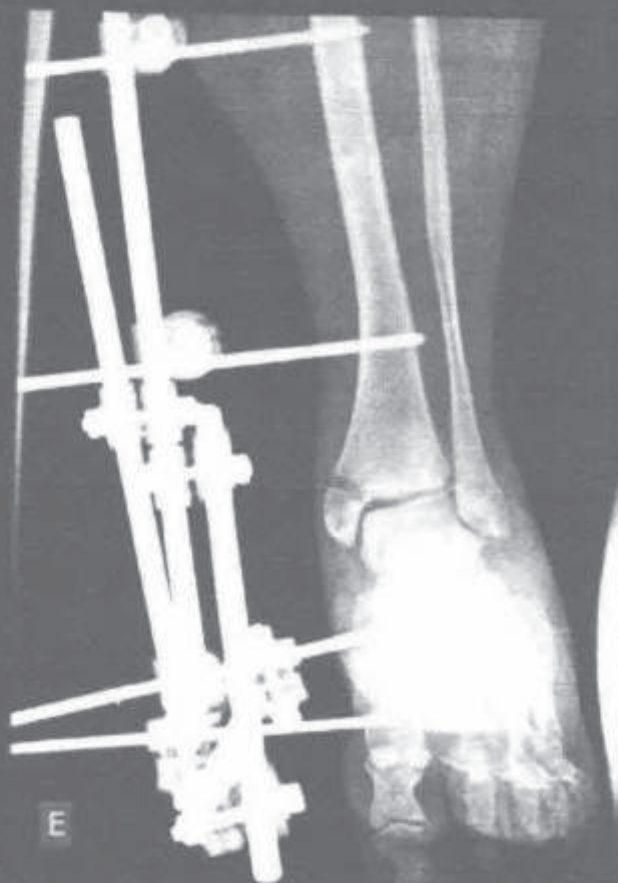






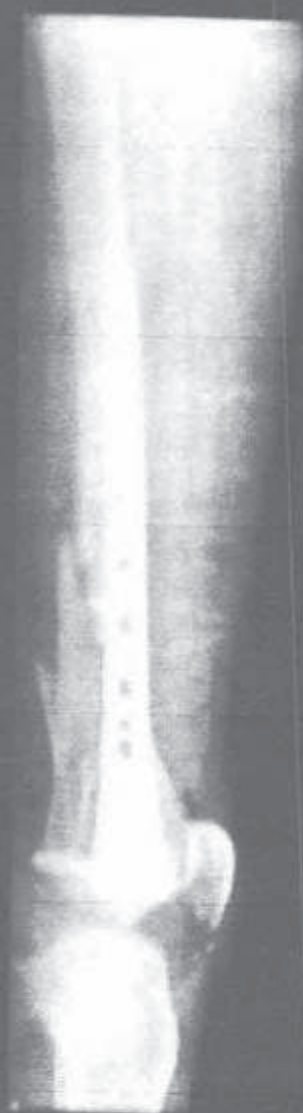
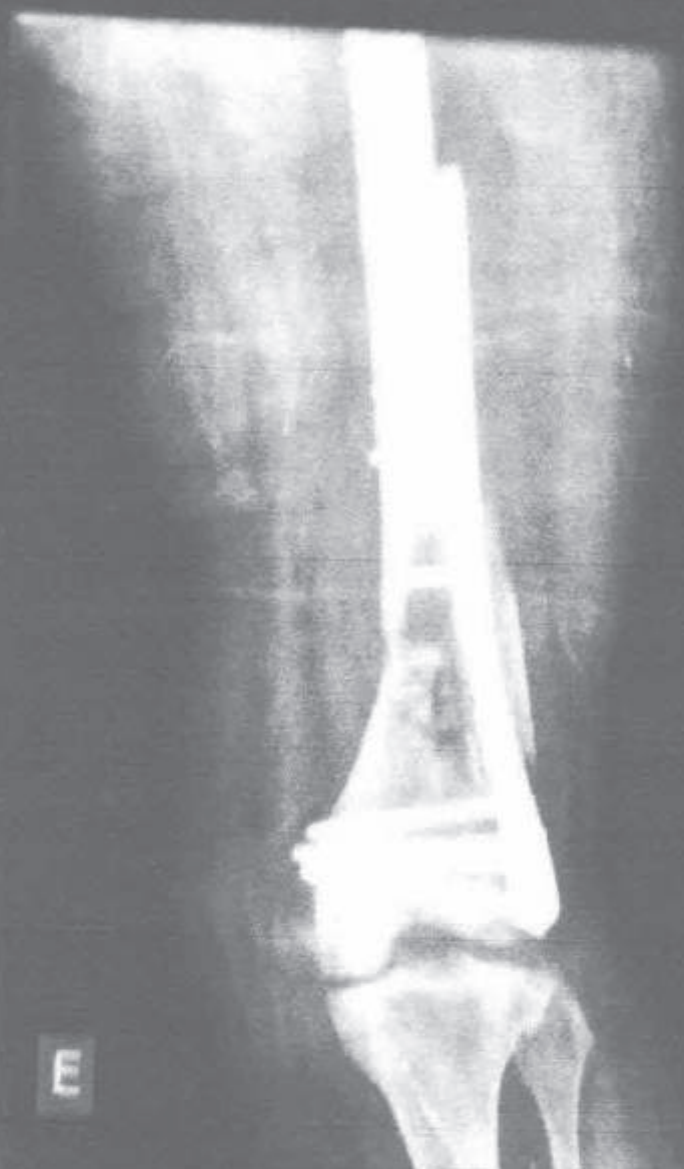






Nome: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS ID: 1676583
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE Data: 07/06/2019 16:08:58





Nome: MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS ID: 1876683
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE Data: 07/06/2019 16:08:59

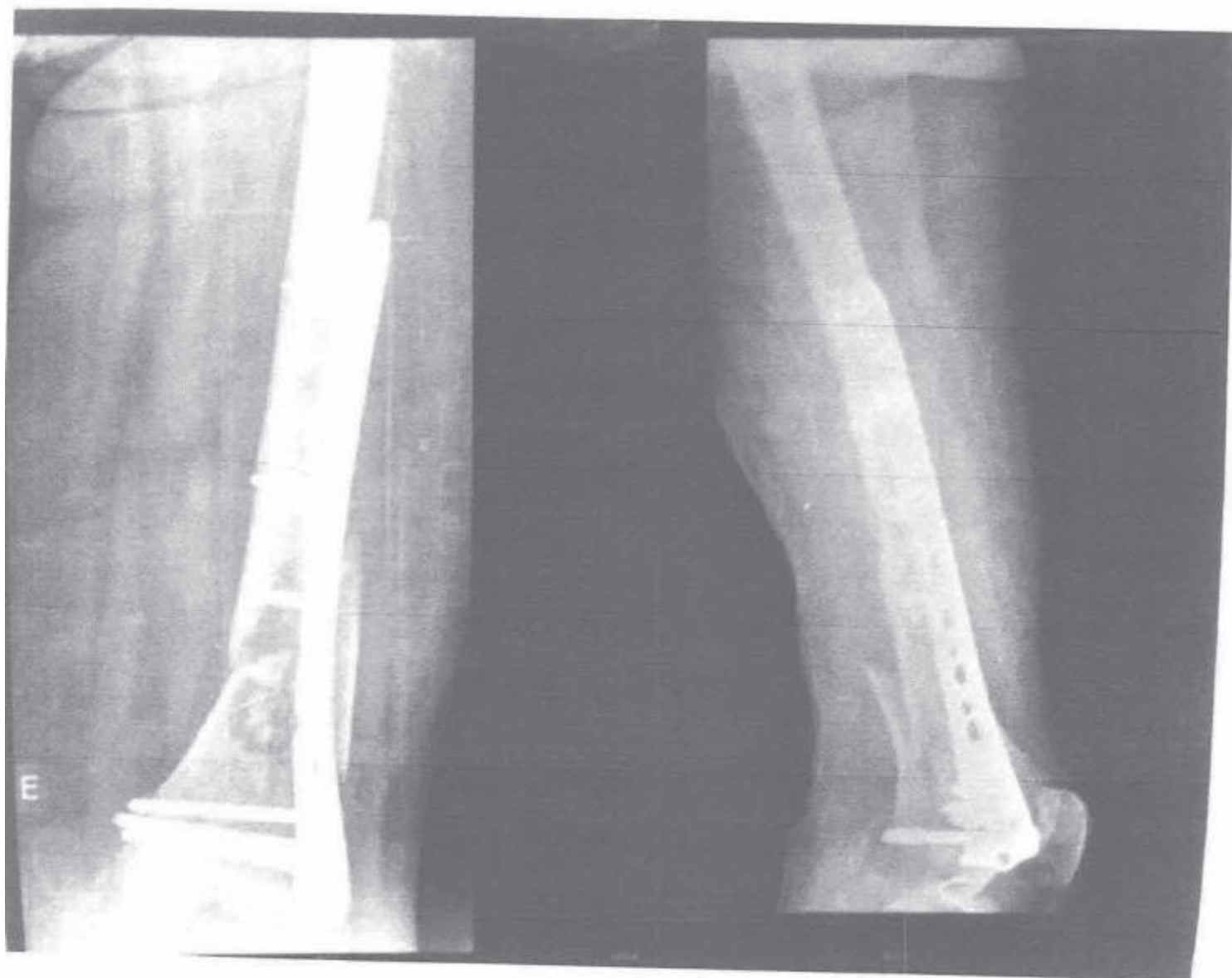
Nome: F. SANTOS
ID: 1876683



D

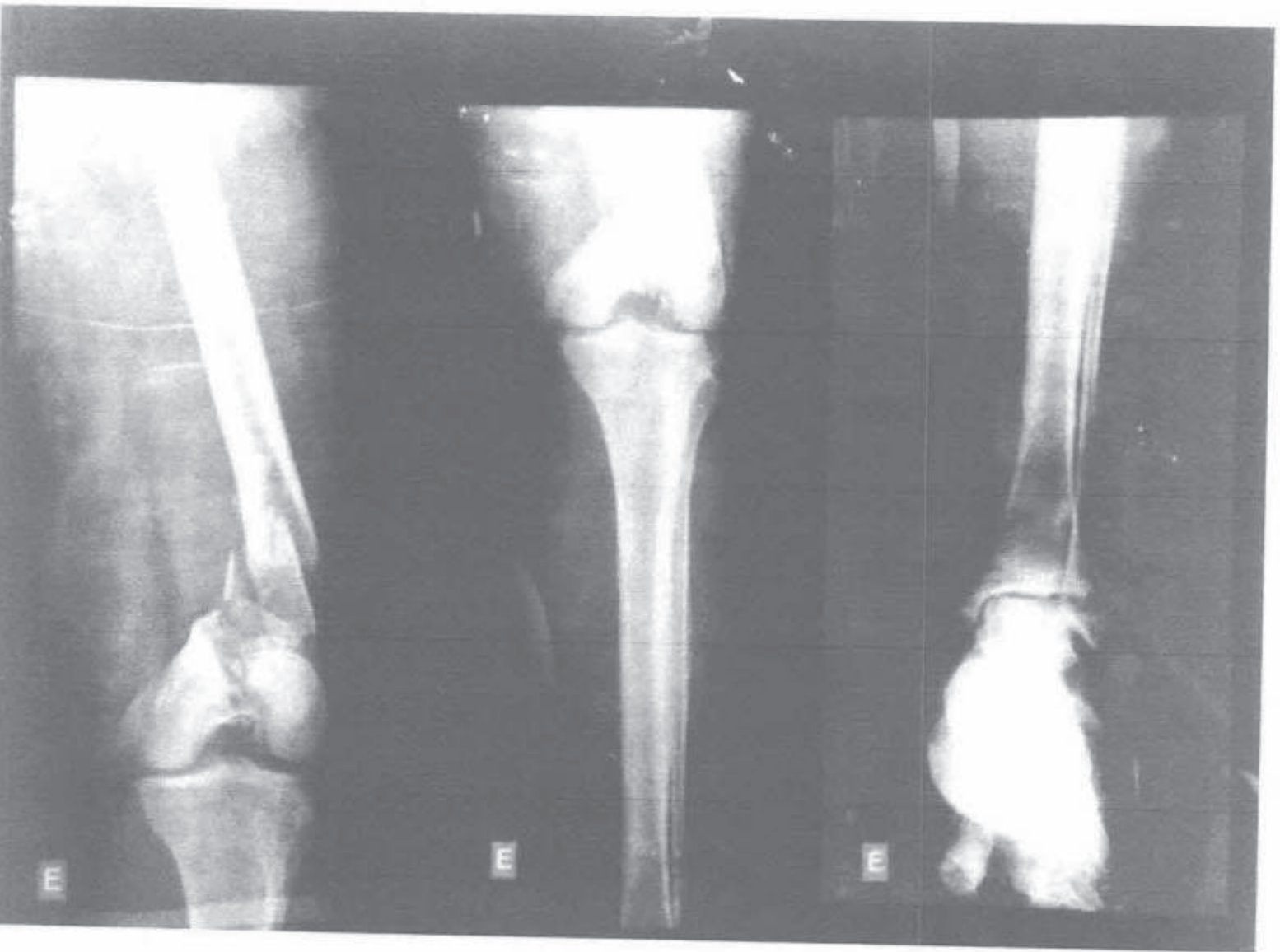


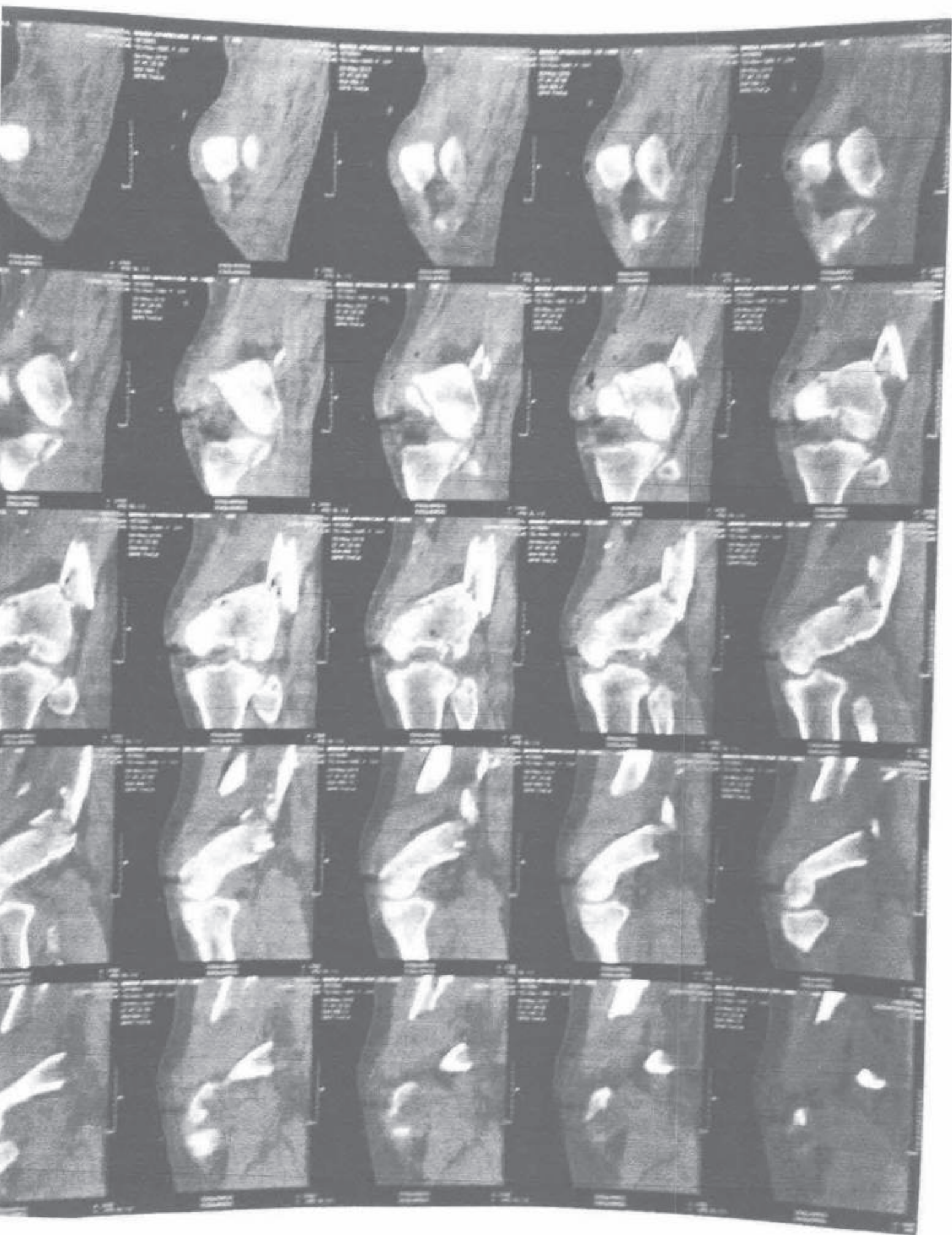
D

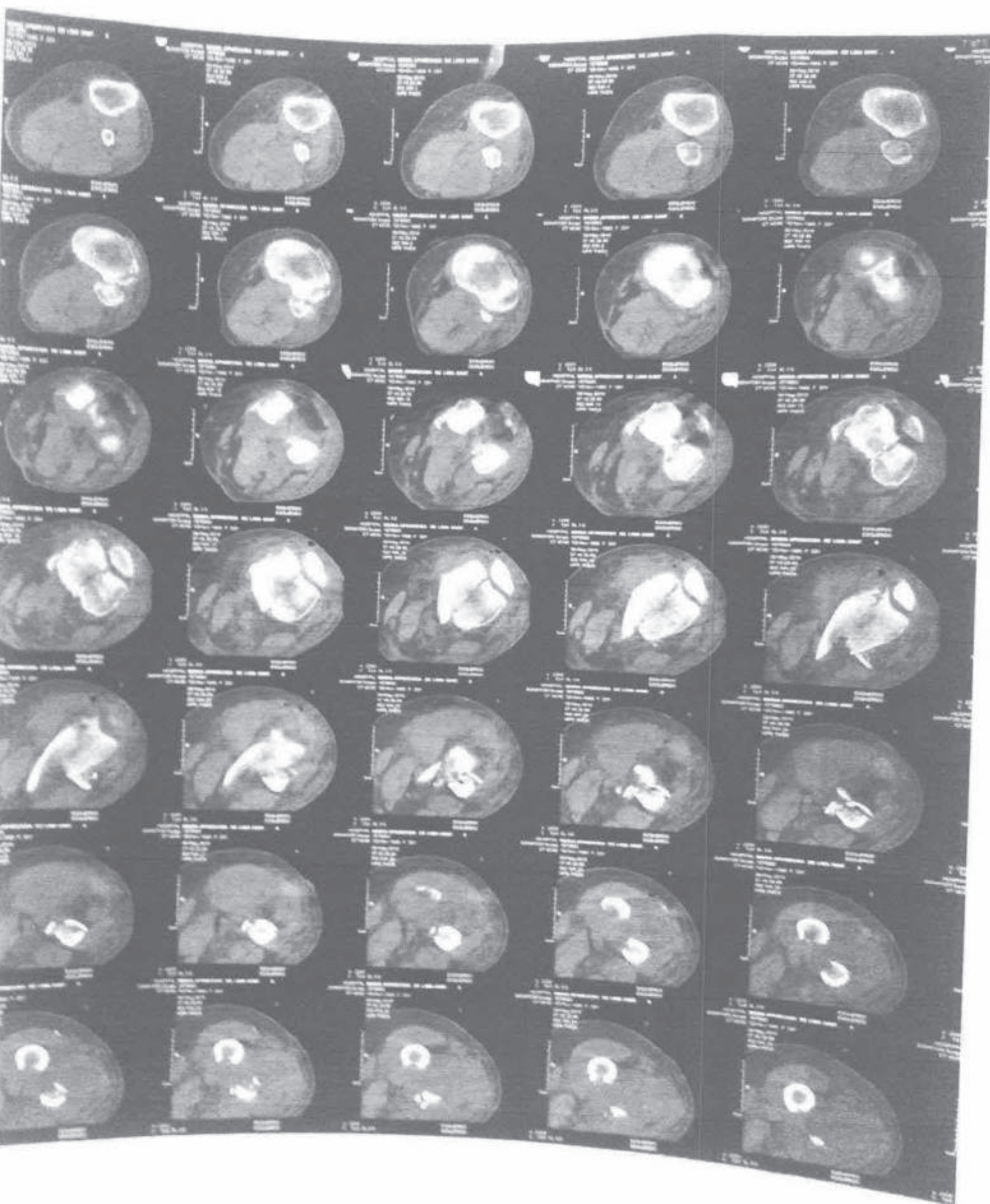


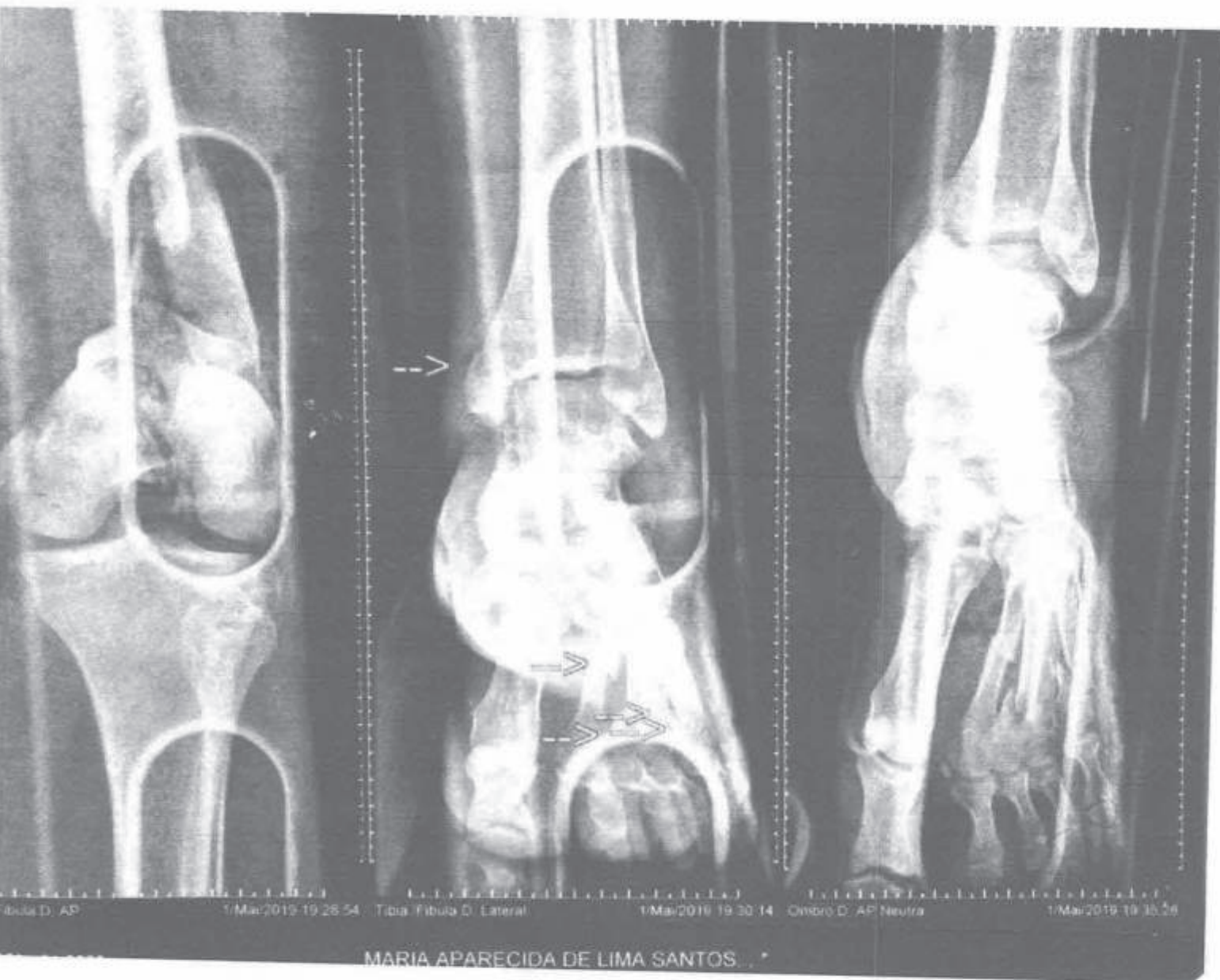
Scanned by CamScanner

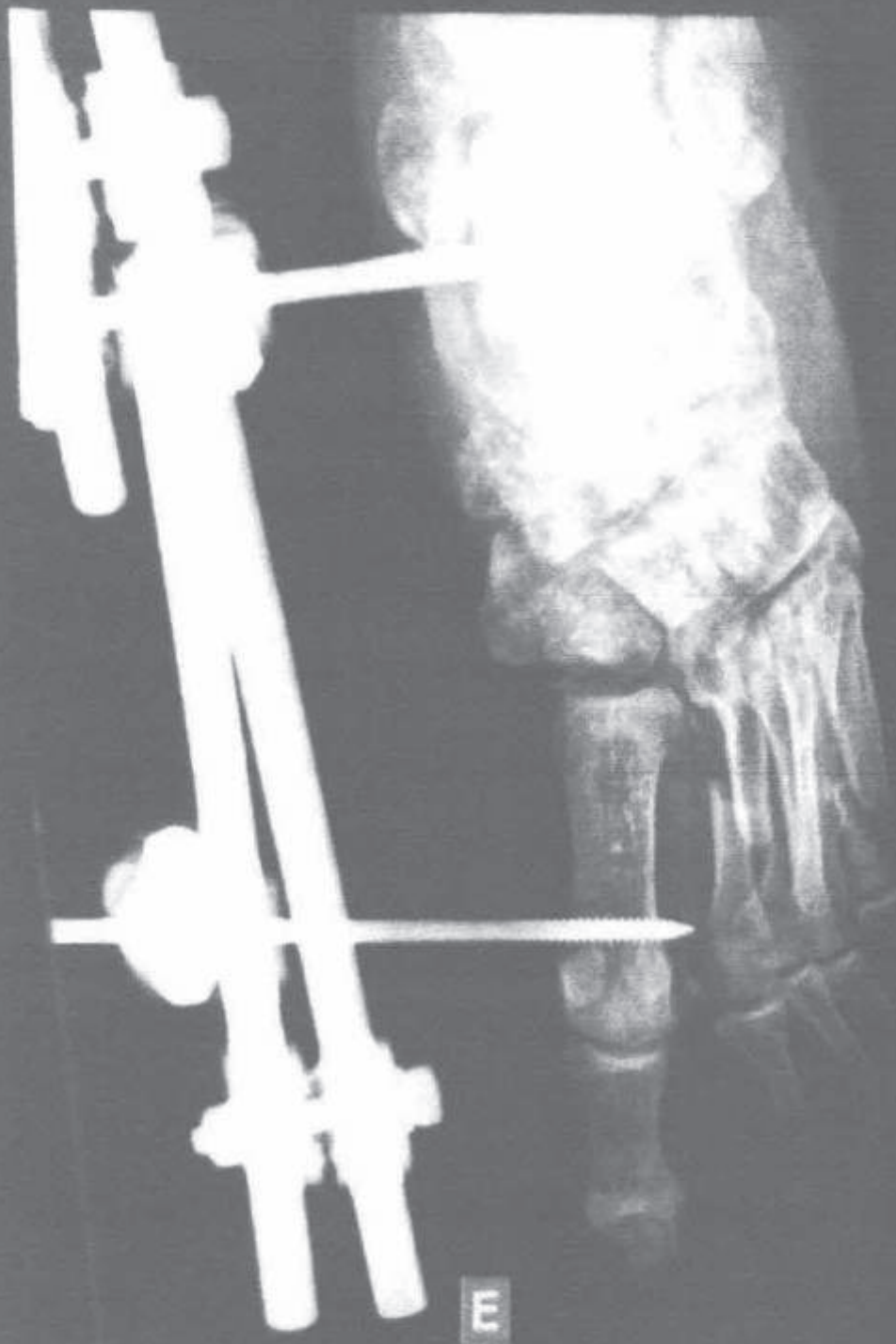
Scanned by CamScanner











Nome MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE

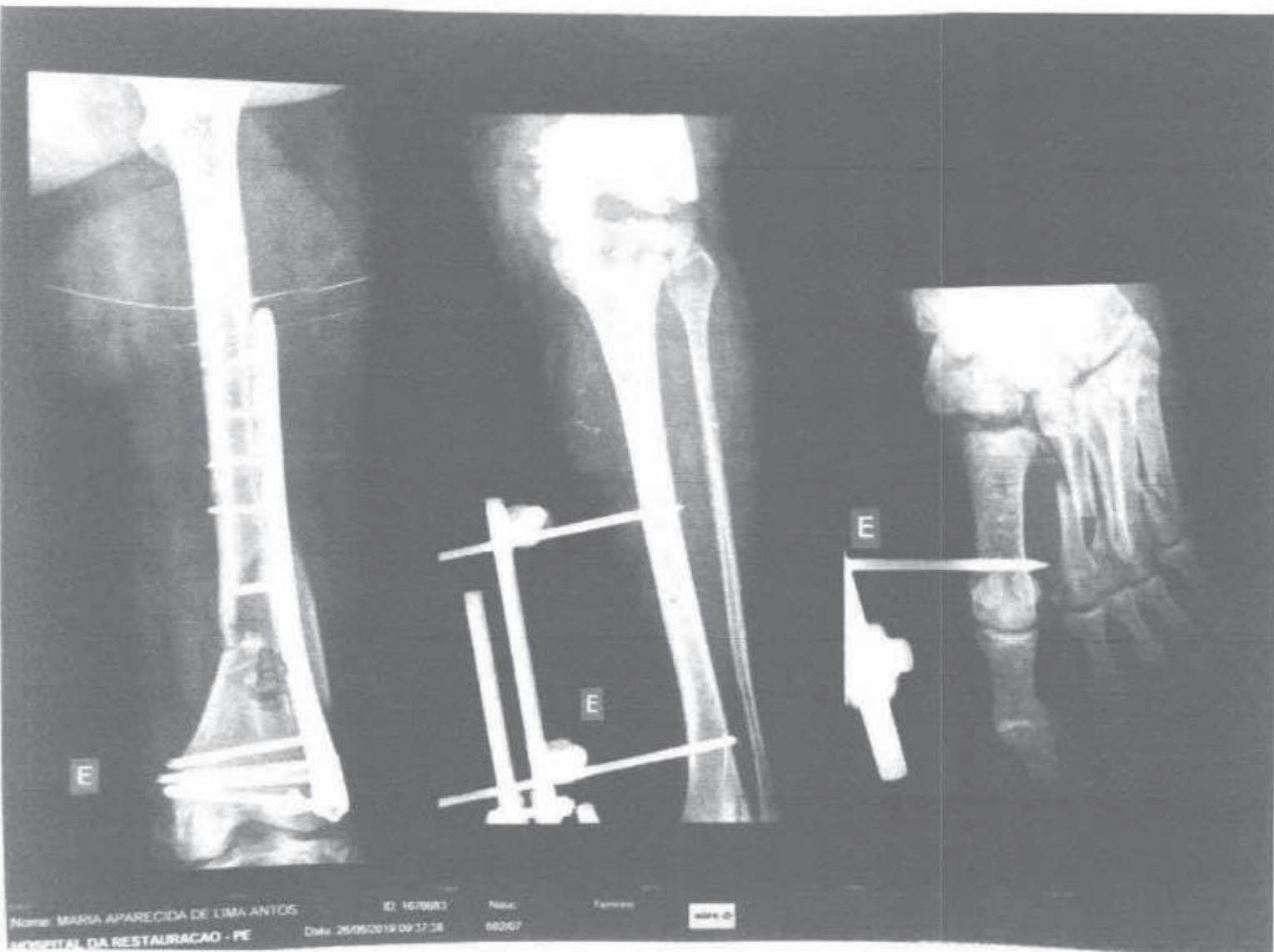
ID: 1456202
Data: 26/07/2019 14:26:52

Nasc:

Feminino

94.9%





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SUBSECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E DEFESA SOCIAL



Maria Aparecida de Lima Silva



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7160727

DATA DE EMISSÃO 30.08.2002

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

FILHO DE

José Raul da Silva

Maria dos Anjos de Lima Silva

NATURALIDADE

Chã Grande-PE

DATA DE NASCIMENTO

02.11.1985

COG. ORDEM

CN.16440-L.A-14-F.20V-Cartório de

Chã Grande-PE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29-08-83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

074.056.434-00

Nome

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

Nascimento

02/11/1985



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12957867

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.962/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Josimar Carvalho de Souza



OAB



ORIENTAÇÃO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

40200

NOME
JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

FILIAÇÃO
JOSÉ DIAS DE SOUZA
MARIA DE LOURDES CARVALHO DE SOUZA

NATURALIDADE
RECIFE-PE

RG
2417786 - SDS/PE

DATA DE NASCIMENTO
04/12/1966

CPF
462.081.224-20

GRADUAÇÃO EM
C1 12/12/2019

QUADRO DE ÓRGÃO E TÍTULO
NÃO

119N

PEDRO HENRIQUE BRAGA REYNALDO ALVES
PRESIDENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136717 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO.
FRATURA DE METATARSOS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106813/20

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

CPF: 074.056.434-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

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

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA : 074.056.434-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/04/2020
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136717 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA, brasileira, casada, Agricultora, portadora do RG nº 7.160.727 SDS/PE, inscrita no CPF (MF) sob o nº 074.056.434-00, residente no Sítio Vertentes, 3105, Santa Luzia, Zona Rural, Chã Grande-PE, CEP: 55.636-000.

OUTORGADO: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA, brasileiro, casado, Advogado OAB/PE 40.200, RG nº 2.417.796 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 402.061.224-20, com endereço profissional sito na Rua Matias de Albuquerque, 223, Sala 804, Edifício Bancomércio, Santo Antônio, Recife-PE, CEP: 50.010-090.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, a outorgante acima qualificada, nomeia e constitui como seu bastante procurador, o outorgado também qualificado, para representá-la no que diz respeito ao recebimento da indenização do seguro DPVAT (Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre).

OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Chã Grande-PE, 10 de dezembro de 2019.



Maria Aparecida de Lima Silva
OUTORGANTE

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de:
MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA que confere c/ o
padrão reg. nesta serventia. Dou fé.

Adelma Pedrosa da Silva Teles Gomes (Substituta)
Chã Grande, 10 de dezembro de 2019. Em test.

Válida somente com o selo D074302.PXW112 J1901.01293
Emol: R\$ 2,55 TSJR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERJ R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106813/20

Vítima: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

CPF: 074.056.434-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA : 402.061.224-20

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

MARIA APARECIDA DE LIMA SILVA : 074.056.434-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/04/2020
Nome: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA
CPF: 402.061.224-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Marta Marinho dos Santos