



Número: **0010331-90.2021.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **26/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
95754880	22/12/2021 14:54	2850299_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000040556-0

Nr. da Autenticação 22E11C29F95CF7F4



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387033 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
ALBUQUERQUE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P7 P14 P15 P16)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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





Unidade:	2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA		Data e Hora da Chegada	19/06/2020 às 19:07
Paciente:	44509-1 EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE		Nascimento:	21/07/1998
Sexo:	Masculino	RG:	Idade:	21 ano(s), 11 mês(es) e 29 dia(s)
Município:	TORITAMA	UF:	Localidade:	DEUS É FIEL
Logradouro:	PALMARES, 20	Telefone:	(81) 88652976 / ()	
Profissão:		Celular:	()	
CNS Pac:				
Nome Mãe:	FABIANA NASCENA DE OLIVEIRA			
Ass. Paciente ou Resp:				
Nome Responsável. Quando menor:				
Grau Parentesco:		Nº Registro:	122730-1	

DADOS DA TRIAGEM				
Data	Hora	Profissional	Descrição	
19/06/2020	19:10	AGENDA INTEGRADA	Pulso (bpm): 100; Saturação de O2 (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 106; 160 / 100; Observação: Pct vítima de acidente de moto refere dor em MIE e apresenta corte no queixo.	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO				
Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA				
CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional	
CID	R520	DOR AGUDA	257-1-CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15. EUPNEICO				
SINAIS VITAIS ESTAVEIS				
NEGA TCE, NEGA VOMITOS				
SOLICITO RAIOS X SERIE TRAUMA				

PROCEDIMENTOS				
Código	Procedimento	Profissional	Data	
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020	
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020	

MEDICAMENTOS			
Código	Medicamento	Concentração	Posologia

EXAMES		
Código	Exame	Observação

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES				
Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição	
19/06/2020	19:47	CEFTRIAXONA SODICA 1.000MG INJ, 2 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), 2 G IV + AD	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
19/06/2020	19:21	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML, 2 FRASCOS, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
19/06/2020	19:20	CETOPROFENO 50MG/2ML IV, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
19/06/2020	19:19	DIPIRONA SODICA 1G/2 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	

Segunda-feira 20 de Julho de 2020 03:36 PM

Profissional Responsável

Página 1 de 1



2º VIA – AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: Everton de Oliveira Ferreira REGISTRO Nº: _____

HORA DE SAÍDA: _____ HORA DE CHEGADA: _____ PLACA: Albuquerque

IDADE: 21 anos RESIDENTE: Toritama

NOME DO CONDUTOR: _____

NOME DO TÊC. DE ENFERMAGEM: _____

PARA O HOSPITAL: Hospital Regional do Agreste SENHA: 5959211

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE: Traumato - Ortopedia

Paciente vítima de acidente de moto, às 19h00 aproximadamente. Nega TCE. Nega desmaio ou vômitos.

Ao Exame: Consciente, Orientado, Gessou 15, Eupneico
AR: MV+ em AHT, m RA. FR: 26 ipm SpO2: 98% AA
ACV: RCR em 2T, BNF, SIsopros. FC: 100 bpm
PA: 160 x 100

MIE: Fratura Fechada em Tíbia Esquerda

Solicito Avaliação da Traumato - Ortopedia

DE ACORDO COM O MÉDICO

DATA 19/06/2020

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO: _____

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0180002517**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/10/2020** às **16:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/6/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR-104, TORITAMA-PE, EM FRENTE AO PARQUE DAS FEIRAS - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO (AUTOR/AGENTE)
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

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

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **FABIANA MASCENA DE OLIVEIRA** Pai: **HILDO FERREIRA DE ALBUQUERQUE** Data de Nascimento: **21/7/1996**
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SÍTIO JAGES II, ZONA RURAL, CARUAR-PE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

VEÍCULO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMA5393** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **713368780** Chassi: **9C2JC2500XR110669**
Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999**
Descrição: **A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE A REGINALDO JOSÉ DA SILVA**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA, O QUAL NO MOMENTO DO ACIDENTE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA, NA BR-104,



NO MUNICÍPIO DE TORITA-PE, QUE COLIDIU COM UM VEÍCULO, E FOI ARREMESSADO A MAIS OU MENOS 06 METROS. ELE VITIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NA CIDADE DE CARUARU-PE, COM FRATURA DE TÍBEA, DA PERNA ESQUERDA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO NÚMERO (359856). AINDA INFORMA A VITIMA, QUE TAL REGISTRO PRENDE-SE AO FATO DELE VITIMA, ACIONAR O SEGURO DPVAT. E QUE AS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., É A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMA. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

(VITIMA)

Ewerton de O.F. Albuquerque

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: **3809382**



Carlos
Carlos Alberto da Silva Melo
Comissão Especial de Polícia
Matr. 380938-2



Toritama, 20 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **EWERTON DE OLIVEIRA FARREIRA ALBUQUERQUE** deu entrada nesta unidade no dia 19/06/2020 sob o registro 44509-1 como consta no prontuário.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,
Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde
Mateus Emanuel Tavares
Coordenado da Unidade de Saúde





Unidade:	2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA		Data e Hora da Chegada	19/06/2020 às 19:07
Paciente:	44509-1 EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE		Nascimento:	21/07/1998
Sexo:	Masculino	RG:	Idade:	21 ano(s), 11 mês(es) e 29 dia(s)
Município:	TORITAMA	UF:	Localidade:	DEUS É FIEL
Logradouro:	PALMARES, 20	Telefone:	(81) 88652976 / ()	
Profissão:		Celular:	()	
CNS Pac:				
Nome Mãe:	FABIANA NASCENA DE OLIVEIRA			
Ass. Paciente ou Resp:				
Nome Responsável. Quando menor:				
Grau Parentesco:		Nº Registro:	122730-1	

DADOS DA TRIAGEM				
Data	Hora	Profissional	Descrição	
19/06/2020	19:10	AGENDA INTEGRADA	Pulso (bpm): 100; Saturação de O2 (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 106; 160 / 100; Observação: Pct vítima de acidente de moto refere dor em MIE e apresenta corte no queixo.	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO				
Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA				
CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional	
CID	R520	DOR AGUDA	257-1-CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15. EUPNEICO				
SINAIS VITAIS ESTAVEIS				
NEGA TCE, NEGA VOMITOS				
SOLICITO RAIOS X SERIE TRAUMA				

PROCEDIMENTOS				
Código	Procedimento	Profissional	Data	
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020	
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020	

MEDICAMENTOS				
Código	Medicamento	Concentração	Posologia	

EXAMES				
Código	Exame	Observação		

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES				
Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição	
19/06/2020	19:47	CEFTRIAXONA SODICA 1.000MG INJ, 2 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), 2 G IV + AD	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
19/06/2020	19:21	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML, 2 FRASCOS, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
19/06/2020	19:20	CETOPROFENO 50MG/2ML IV, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
19/06/2020	19:19	DIPIRONA SODICA 1G/2 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	

Segunda-feira 20 de Julho de 2020 03:36 PM

Profissional Responsável

Página 1 de 1



2º VIA – AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: Everton de Oliveira Ferreira REGISTRO Nº: _____

HORA DE SAÍDA: _____ HORA DE CHEGADA: _____ PLACA: Albuquerque

IDADE: 21 anos RESIDENTE: Toritama

NOME DO CONDUTOR: _____

NOME DO TÊC. DE ENFERMAGEM: _____

PARA O HOSPITAL: Hospital Regional do Agreste SENHA: 5959211

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADO DE: Traumato - Ortopedia

Paciente vítima de acidente de moto, às 19h00 aproximadamente. Nega TCE. Nega desmaio ou vômitos.

Ao Exame: Consciente, Orientado, Gessou 15, Eupneico
AR: MV+ em AHT, m RA. FR: 26 ipm SpO2: 98%. AA
ACV: RCR em 2T, BNF, SIsopros. FC: 100 bpm
PA: 160 x 100

MIE: Fratura Fechada em Tíbia Esquerda

Solicito Avaliação da Traumato - Ortopedia

DE ACORDO COM O MÉDICO

DATA 19/06/2020

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO: _____

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

19/06/2020 21:16:42
2 de 2

Usuario do Atendimento
SERGIOHS



Data e hora retirada da senha: 19/06/2020 20:58

Nome Paciente: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/07/1998
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0024
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 19/06/2020 21:02 - 19/06/2020 21:02

SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-CARRO, DE CAPACETE, APRESENTANDO LESAO COM SANGRAMENTO EM MIE. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM A/A. NEGA OUTRAS QUEIXAS.; SENHA: 5959211.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/06/2020 21:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. FELIPE CARVALHO

1º Assistente: DR. RAPHAEL UCHOA R1

2º Assistente:

Instrumentador: JUCY

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 20/06/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA COM
FIXADOR EXTERNO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO FERIMENTO DE APROXIMADAMENTE 3 CM EM PERNA ESQUERDA COM CONTIGUIDADE COM FOCO FRATURÁRIO
4. REALIZADO AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
5. REALIZADO ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM FORMATO LINEAR EM PERNA ESQUERDA
7. NOVA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. BOA PERFUSÃO DISTAL AO TERMINO DO PROCEDIMENTO
11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Felipe Diego V. Pl. de Carvalho
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 10312

20 JUN. 2020





№ 29062

COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

VALOR

NOME		REGISTRO		CATEGORIA	
Ewerton de Oliveira Farias		39-988		SU	
HOSPITAL		SEXO	COR	Br	IDADE
HRA		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Pd	N	216
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		PESO		PA	FC
Fígado de forma 2.º grau		60 Kg		170 x 8	70 BPM
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO CIRURGIA		RESPIRAÇÃO	ASA
0 - no				11	IRPM
OPERAÇÃO PROPOSTA				PORTE	%
In Colecistea					
OPERAÇÃO REALIZADA					
A - no					

HIGRARIOS
 SpO₂%
 EtCO₂
 LIQUIDOS
 ANOTAÇÕES

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA/ANESTÉSICA:
1. Anestesia			Local com álcool 70% e algodão
2. Soro			
3. Soro			
4. Soro			
5. Soro			
6. Soro			
7. Soro			
8. Soro			
9. Soro			
10. Soro			
11. Soro			
12. Soro			
13. Soro			
14. Soro			
15. Soro			
16. Soro			
17. Soro			
18. Soro			
19. Soro			
20. Soro			
21. Soro			
22. Soro			
23. Soro			
24. Soro			
25. Soro			
26. Soro			
27. Soro			
28. Soro			
29. Soro			
30. Soro			
31. Soro			
32. Soro			
33. Soro			
34. Soro			
35. Soro			
36. Soro			
37. Soro			
38. Soro			
39. Soro			
40. Soro			
41. Soro			
42. Soro			
43. Soro			
44. Soro			
45. Soro			
46. Soro			
47. Soro			
48. Soro			
49. Soro			
50. Soro			
51. Soro			
52. Soro			
53. Soro			
54. Soro			
55. Soro			
56. Soro			
57. Soro			
58. Soro			
59. Soro			
60. Soro			
61. Soro			
62. Soro			
63. Soro			
64. Soro			
65. Soro			
66. Soro			
67. Soro			
68. Soro			
69. Soro			
70. Soro			
71. Soro			
72. Soro			
73. Soro			
74. Soro			
75. Soro			
76. Soro			
77. Soro			
78. Soro			
79. Soro			
80. Soro			
81. Soro			
82. Soro			
83. Soro			
84. Soro			
85. Soro			
86. Soro			
87. Soro			
88. Soro			
89. Soro			
90. Soro			
91. Soro			
92. Soro			
93. Soro			
94. Soro			
95. Soro			
96. Soro			
97. Soro			
98. Soro			
99. Soro			
100. Soro			

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 40'
DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40'

☐ CARDIOSCOPIO
☐ CAPNOGRAFO
☐ PVC
☐

☒ OXÍMETRO
☐ S. VESICAL
☐ TEMPERATURA
☐

☐ PNI
☐ LINHA ATERIAL
☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO

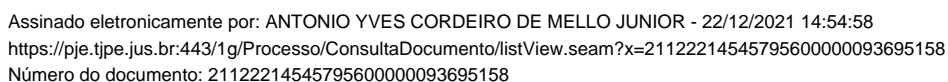
☒ ACORDADO
☐ RPA

☒ ADORCIDIDO
☐ UTI

☒ SONOLENTO
☐ QUARTO

☒ INTUBADO

André F. Oliveira
MÉDICO





Estrada do Encanamento, 81 - 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: 359.856

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 065145

2º Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: SUS Cidade: Caruaru
Nome do Paciente: Guerton de Oliveira Ferreira Data da Cirurgia: 19.06.20
Médico: Dr. Felipe Carvalho Membro Operado: Berna E

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Fixador Externo linear 300		04	
070203040-6 EF264598-0			
<p>Dr. Felipe Diego V. P. da Silva Ortopedista Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30612</p> <p>20 JUN 2020</p>			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	Lote: 042305 Código: F08 S 208 SISTEMA DE FIXACAO OSSEA BARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL Fab: 05/03/2020 Val: 03/2025 Registro Anvisa Nº 80083650094 Material ACO INOX/ALUMINIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
---------------------	----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lote: 042305 Código: F08 S 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA
BARTORI - LINEFIX
TÍBIA/FÊMUR T 300 - ESTÉRIL
Fab: 05/03/2020 Val: 03/2025
Registro Anvisa Nº 80083650094
Material AÇO INOX/ALUMÍNIO

Lote: 044705 Código: AF35 S 680
PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab: 18/03/2020 Val: 03/2025
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material AÇO INOX F138

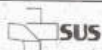
Lote: 044705 Código: AF35 S 680
PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab: 18/03/2020 Val: 03/2025
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material AÇO INOX F138

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

Deila

Nº 065145





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

29 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

30 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

31 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

32 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

33 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

34 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

35 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

38 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

41 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

42 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

43 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

44 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

45 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

46 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

47 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

48 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

49 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

50 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

51 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

52 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

53 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

54 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

55 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

56 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

57 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

58 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

59 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

60 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

61 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

62 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

63 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

64 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

65 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

66 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

67 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

68 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

69 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

70 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

71 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

72 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

73 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

74 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

75 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

76 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

77 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

78 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

79 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

80 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

81 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

82 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

83 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

84 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

85 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

86 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

87 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

88 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

89 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

90 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

91 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

92 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

93 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

94 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

95 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

96 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

97 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

98 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

99 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

100 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

101 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

102 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

103 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

104 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

105 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

106 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

107 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

108 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

109 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

110 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

111 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

112 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

113 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

114 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

115 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

116 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

117 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

118 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

119 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

120 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

121 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

122 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

123 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

124 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

125 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

126 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

127 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

128 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

129 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

130 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

131 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

132 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

133 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

134 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

135 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

136 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

137 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

138 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

139 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

140 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

141 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

142 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

143 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

144 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

145 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

146 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

147 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

148 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

149 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

150 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

151 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

152 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

153 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

154 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

155 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

156 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

157 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

158 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

159 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

160 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

161 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

162 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

163 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

164 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

165 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

166 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

167 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

168 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

169 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

170 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

171 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

172 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

173 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

174 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

175 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

176 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

177 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

178 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

179 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

180 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

181 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

182 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

183 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

184 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

185 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

186 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

187 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

188 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

189 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

190 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

191 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

192 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

193 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

194 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

195 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

196 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

197 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

198 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

199 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

200 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

201 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

202 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

203 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

204 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

205 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

206 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

207 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

208 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

209 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

210 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

211 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

212 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

213 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

214 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

215 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

216 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

217 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

218 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

219 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

220 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

221 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

222 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

223 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

224 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

225 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

226 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

227 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

228 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

229 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

230 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

231 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

232 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

233 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

234 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

235 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

236 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

237 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

238 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

239 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

240 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

241 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

242 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

243 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

244 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

245 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

246 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

247 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

248 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

249 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

250 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

251 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

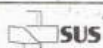
252 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

253 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

254 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

255 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

256 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO-EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

4 - CNES

2427419

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

839855

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/04/52

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EVOLUINDO COM FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TTO CIR DE FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

ELETIVA

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR FELIPE CARVALHO CRM-PE 25263

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRANSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

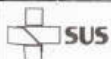
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Everson de O. Ferreira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de auto. trauma
pernas e sem outros alt.
claus

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura + claus + Rx

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fract. exp. pernas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Bloco Cirurgico 5822

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

28098605420

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ARQUIVANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10680

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10680

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº REGISTRO

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CARGO DO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PR-40-004

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldemir Soares da Silva
CRM 7169

262010391754-1





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Everton Oliveira Senary

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

219856

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89 800 3483 12 7277 21/09/13

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/09/13

9 - SEXO

1 - Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Falsona M. de Oliveira

DDO

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Vitorino Macena

DDO

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Palmares, 45 B. J. de Fiel

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Touros

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frot - exp. plom e
fix. ext.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx + clu + R. Atk

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

0108060360 - 2d - 1847

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

frot. exp. plom e 2094

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ret. fix. ext.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DE INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

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

22701160-14

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Nilton Pereira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/09/13

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO PRATE

43 - CNPJ DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

P-10-000

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva

CRM 7169

262010402888-3



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Ewerton Almeida Severina Nº do Registro: 359856

Clinica: 01 + Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia

Nº do Leito

Operador: 1 CRM: 10660

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 21/7/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

frat. exp. femur

Diagnóstico Pós-Operatório:

0 mm

Operação Proposta:

Red. fix. ext

Operação Realizada:

A proposta

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Aspirar e Anty
- ② Red. fix. ext
- ③ PTB

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10660





ORTOP

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU

LAUDO MÉDICO DPVAT

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

CPF: 144.332.864-27

DECLARO QUE PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTICO NO DIA (19/062020) SENDO SUBMETIDO A
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA, EM TÍBIA
ESQUERDA EM 20/06/2020

EVOLUI COM LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

CID:10 S82

CARUARU 17 DE DEZEMBRO DE 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) – CIRURGIA DO TRAUMA (SBTO)

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)

CRM 15582 – TEOT 13985

TITULAR SBOT/SBTO/ASAMI
Dr. Gustavo Libório
TRAUMA - ALONGAMENTO
RECONSTRUÇÃO E INFECÇÃO ÓSSEA
CRM 15582 - TEOT 13985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA CIVIL
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9000356 SDB PE

CPF
029.170.884-60

DATA NASCIMENTO
30/01/1976

FILIAÇÃO
**SEVERINO FIRMINO DA SI
LVA
MARGARIDA FORMOSINA DA
SILVA**

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
06279302663

VALIDADE
06/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/01/2015

OBSERVAÇÕES
A

Rosilene Margarida da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
07/02/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

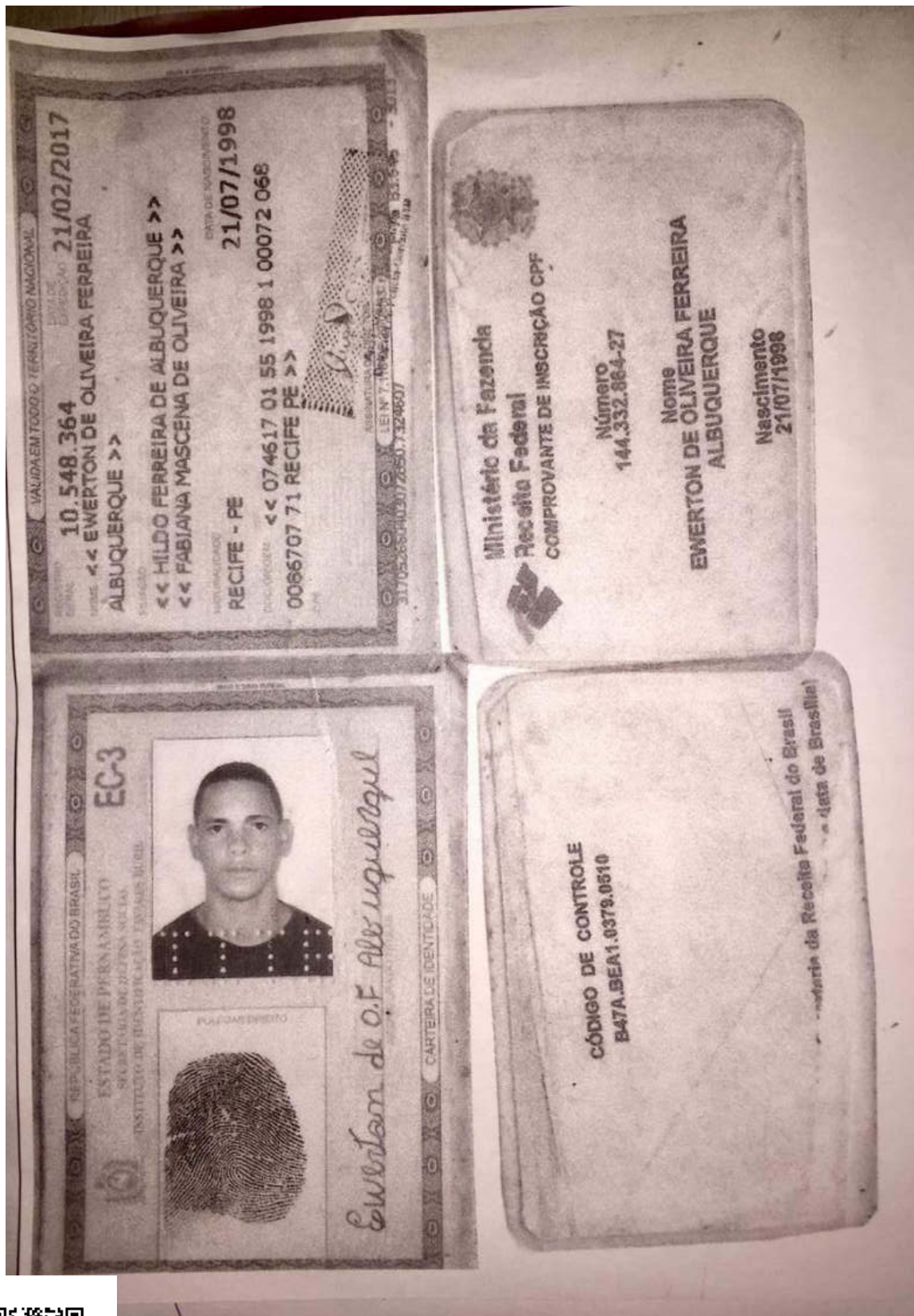
**85662886341
PE083881115**

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - DF Nº 64686308

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD REGISTRO - 1 713368780 - 16/03/06

REGINALDO JOSE DA SILVA
SÍTIO JACARE GRANDE S/N
CASA-ZONA RURAL
CARUARU-PE 55002-000

022.548.634-28 PLACA KMA5393

HONDA/CG 125 TITAN

2P/124CL

1 IFUA 2006 QUITADO

1 *****

2 *****

3 *****

VERMELHA

SEGURO FÁBIO

SEN RESERVA

16/03/06

PE N° 6468630804 BILHETE DE SEGURO DPVAT

REGINALDO JOSE DA SILVA
SÍTIO JACARE GRANDE S/N
CASA-ZONA RURAL
CARUARU-PE 55002-000

022.548.634-28 PLACA KMA5393

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PE N° 6468630804

2006 16/03/06

REGINALDO JOSE DA SILVA
SÍTIO JACARE GRANDE S/N
CASA-ZONA RURAL
CARUARU-PE 55002-000

1 022.548.634-28 PLACA KMA5393

713368780 HONDA/CG 125 TITAN

1999 09 9C2JC2500XR110669

PREMIO TARIFADO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO FÁBIO

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Ewerton de Oliveira Ferreira Albuquerque
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: Recebe
RG nº 10.548.364, CPF/MF nº 144.332.864-27, com
endereço residencial na Sítio Lagoa, 53
Barra
Barra - PE

OUTORGADO:

Nome: Rosilene Morgado da Silva
brasileira (a), estado civil: solteira, RG nº 9000.356
CPF/MF nº 029.170.884-60, com endereço residencial na
Rua Ricardo Pilar, 332
São Francisco
Barra - PE

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT, por natureza Indenizável da Vítima Ewerton de Oliveira Ferreira Albuquerque CPF 144.332.864-27 e cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Barra, 27 de outubro de 2020.

• Ewerton de O.F. Albuquerque
Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307137/20

Número do Sinistro: 3200387033

Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBU

CPF: 144.332.864-27

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EWERTON DE OLIVEIRA
FERREIRA ALBUQUERQUE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/12/2020
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/12/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200387033

Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

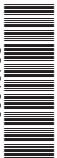
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01469/01470 - carta_25 - INVALIDEZ

00010735





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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200387033

Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000040556-0**

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





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

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200387033

Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/01/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01165/01166 - carta_09 - INVALIDEZ

00020583



Carta nº 16456619





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIÁRIOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

144 332 864-27

Ewerton de Oliveira Ferreira Albuquerque

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

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):

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.500,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA NOTIFICAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Adicione uma agência)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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(a) de avaliar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, 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 do 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Gostei 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 herdeiros?

☐ 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 - Imprescindível: digitar o nome da vítima ou beneficiário no campo abaixo

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Porto Alegre, 27-10-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Margarida da Silva

