



22/05/2023

Número: **0003114-25.2023.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **08/03/2023**

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
DAISE ALVES DOS SANTOS (AUTOR)			KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
133666108	22/05/2023 12:24	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3016 CONTA: 17127

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim 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 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido(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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 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)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/05/2023 12:24:01

Num. 133666108 - Pág. 1



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0180001518**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/05/2021** às **16:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/12/2020** às **20:15**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JUSTINO FRANCISCO DA SILVA, 1 - Bairro: CEDRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55027-480 - Ponto de Referência: PROX. AO ANTIGO CURTUME**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RUBENS DE SOUZA FREITAS (OUTRO)
JOSE BELO DA SILVA (OUTRO)
DAISE ALVES DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BELO DA SILVA

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

DAISE ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSENILDA DOS SANTOS** Pai: **DORGIVAL BENEDITO ALVES** Data de Nascimento: **23/6/1991** Naturalidade: **MACEIO / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **9081768/SDS/PE (RG), 11538556405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **DO LAR** Residencial: **RUA AMERICANO FREIRE, 113-A, PROX. AO COLEGIO LAURA FLORENCIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. AO COLEGIO LAURA FLORENCIO**

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

RUBENS DE SOUZA FREITAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RUBENS DE SOUZA FREITAS**, que estava em posse do(a) Sr(a):



JOSE BELO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFC4556** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **329857177** Chassi: **9C2KC1670BR548344**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO O QUAL ERA CONDUZIDO POR JOSÉ BELO DA SILVA, PELA VIA ACIMA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO TIPO MOTO VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTO EM QUE A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE, VINDO A MESMA SE DESIQUILIBRAR DO REFERIDO VEÍCULO TOMBANDO JUNTAMENTE COM O CONDUTOR E O VEÍCULO, ONDE VEIO A SOFRER FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E TIBIA ESQUERDA. QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E CONDUZIDA DA PARA A UPA DAS RENDEIRAS, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HRA-CARUARU E DIAS APÓS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

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

X Daise Alves dos Santos

DAISE ALVES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DAVID LOPES DOS SANTOS JUNIOR** - Matrícula: **381086-0**
(Liberado em **19/05/2021** às **16:33**)



19/05/2021 16:30





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3016 CONTA: 17127

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim 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 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 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)

FPS.001 V002/2019





FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

CARUARU

SINAIS VITAIS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
PA:130X80mmHg	Temp:Cº	AMARELO	
FR: rpm	FC:		
PESO:0 kg	HGT: mg/dl		
SPO²:	HORA:20:14:58	ESPECIALIDADE	Médico clínico
ALERGIA.:PLASIL			

DADOS PESSOAIS

PRONTUÁRIO 320163/

NASCIMENTO: 23/06/1991

IDADE: 29 anos, 5 mes(es) e 22 dia(s)

NOME CIVIL: DAISE ALVES DOS SANTOS

NOME SOCIAL: _____ SEXO: FEMININO

GÊNERO ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL

MÃE: JOSENILDA DOS SANTOS

PAI: DOGIVAL BENEDITO ALVES ENDEREÇO: RUA R 50 N 09

BAIRRO: CIDADE JARDIM CIDADE: 260410-CARUARU FONE: 997493962

Nº CARTÃO SUS: 001608074098528 Nº DO DOC/CPF: _____ RG: _____

CLASSIFICAÇÃO - QUEIXA DO PACIENTE:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM POSSÍVEL FRATURA EM MIE
/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO Atendente.: aryadne.gecyca

ASSISTENTE SOCIAL - OBSERVAÇÕES:

/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO

HISTÓRICO DO PACIENTE:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

TIPO DE ALTA:

[] DOMICÍLIO ☒ TRANSFERÊNCIA [] AMBULATÓRIO HORA DA LIBERAÇÃO: _____

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ATENDENTE: MARIA LUCICLEIDE

RECEPCIONISTA(ASSINATURA/CARIMBO) ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HRA ortopedia - 609 07 90.





FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

MEDICAÇÃO PRESCRITA

ADMINISTRAÇÃO DAM MEDICAÇÃO-
CARIMBRO/ASSINATURA/HORA

1 - 1x 10mg 12h

2 - 1x 10mg 24h + 10mg 12h

3 - 1x 10mg 12h + 10mg 24h

4 - 1x 10mg 12h + 10mg 24h

Tiletal + DOCEY
Dose on + DOCEY

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

HORA

P.A

TEMP

F.C

F.R

HGT

SPO2

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/07/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321018610901
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAISE ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03016
CONTA: 000000017127

Número da Autenticação

C4E561399C0237C5





CELPE

DADOS DO CLIENTE

ESTER DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 026.665.774-57

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Conv. Monômia - Monofásico

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Eneigética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista. Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AMERICANO FREIRE 113 A

SALGADO/CARUARU
CARUARU PE
55018-590

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2828369019	04/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA
27/04/2021	18/05/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	

NOTA FISCAL	TIPO	DATA
152281017	UNICA	19/04/2021
APRESENTAÇÃO	EM DOBLENTE	



CELPE

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

CPF: 628.462.994-04 NIS: 124.193.984.93

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

131449025

ÚNICA

10/11/2020

Companhia Energética de Pernambuco

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RICARDO PILAR 332

SÃO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CONTRATO

0820850017

MES/ANO

11/2020

DATA DE VENCIMENTO

17/11/2020

DATA PREVISTA PROXIMA LETURA

10/12/2020





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

- Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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, <u>Rosilene Margarida da Silva</u>	DE DINHEIRO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ <u>029 170 884 / 60</u>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
<u>Daise Alves dos Santos</u>	Inscrito (a) no CPF sob o Nº <u>415 385 564 / 05</u>
do sinistro de DPVAT, cobertura <u>Invalidez</u>	da Vítima <u>Daise Alves dos Santos</u>
Inscrito (a) no CPF sob o Nº <u>415 385 564 / 05</u>	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: Ricardo Pilon</u>	Número: <u>332</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Barueri</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Rose Silva, roques@hotmail.com</u>	CEP: <u>55008-490</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 99285-308</u>

Local e Data: Barueri, 12-07-2021

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	13/12/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	13/12/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	DANIELE ALVES DOS SANTOS		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	± Fratura do 1/3 distal dos ossos Perna esquerda (tibia e fêmur) Punho		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	± Ao Curativo. Redução cirúrgica + osteossíntese de fraturas de tibia e fêmur e punho.		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	☐ SIM	☒ NÃO	
CASOS DADOS POSITIVOS DESCREVER:	João Ricardo P. Peruci Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 7142		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)			
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO			
① membro inferior esquerdo ± 60% ± inflexão flexão/ MIE ± inflexão extensão TVE esquerdo ± marcha claudicante MIE			
AFIRMO QUE ASSIM E/OU AVALIEI A VÍTIMA DO PERÍODO DE 12/02/2021 a 12/02/2024 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAMENTE VERDADEIRAS.			
LOCAL:	Araruama	DATA:	12/02/2024
ASSINATURA E CARIMBO:	João Ricardo P. Peruci Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 7142		





FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

CARUARU

SINAIS VITAIS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
PA:130X80mmHg	Temp:Cº	AMARELO	
FR: rpm	FC:		
PESO:0 kg	HGT: mg/dl		
SPO2:	HORA:20:14:58	ESPECIALIDADE	Médico clínico
ALERGIA.:PLASIL			

DADOS PESSOAIS

PRONTUÁRIO 320163/ 1963 NASCIMENTO: 23/06/1991 IDADE: 29 anos, 5 mes(es) e 22 dia(s)

NOME CIVIL: DAISE ALVES DOS SANTOS

NOME SOCIAL: _____ SEXO: FEMININO

GÊNERO ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL

MÃE: JOSENILDA DOS SANTOS

PAI: DOGIVAL BENEDITO ALVES ENDEREÇO: RUA R 50 N 09

BAIRRO: CIDADE JARDIM CIDADE: 260410-CARUARU FONE: 997493962

Nº CARTÃO SUS: 001608074098528 Nº DO DOC/CPF: _____ RG: _____

CLASSIFICAÇÃO - QUEIXA DO PACIENTE:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM POSSÍVEL FRATURA EM MIE
/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO Atendente.: aryadne gecyca

ASSISTENTE SOCIAL - OBSERVAÇÕES:

/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO

HISTÓRICO DO PACIENTE:

Prontuário 320163/1963

EXAME FÍSICO:

Atendimento realizado em UPA de Caruaru.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de MIE

CONDUTA:

TIPO DE ALTA:

[] DOMICÍLIO [X] TRANSFERÊNCIA [] AMBULATÓRIO HORA DA LIBERAÇÃO: _____

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ATENDENTE: MARIA LUCICLEIDE

RECEPCIONISTA(ASSINATURA/CARIMBO) ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HRA ortopedia - 609 0790.





HOSPITAL DE
CARUARU

FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

MEDICAÇÃO PRESCRITA

ADMINISTRAÇÃO DAM MEDICAÇÃO-
CARIMBRO/ASSINATURA/HORA

1 - 2x 1 comprimido de 100mg

2 - 1 comprimido de 100mg + 1 comprimido de 100mg

3 - 1 comprimido de 100mg + 1 comprimido de 100mg

4 - 1 comprimido de 100mg + 1 comprimido de 100mg

Triletil + 100mg
Dose 04 + 100mg

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

HORA

P.A

TEMP

F.C

F.R

HGT

SPO2

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM





CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

UPA
RENDEIRAS

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: DARLE ALVES DA SILVA IDADE: 23
REGISTRO: _____ HORA: 12:30 DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1991

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente vítima de acidente com motorista
Andando de bicicleta em M.E.

EXAME FÍSICO:

A.M.H. 12/10/12 12/12/12
Alto 1,70 m (A: 120 cm)
Su: 60 kg e 120 cm (B: 120 cm)

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Furto de bicicleta em M.E.

CONDUTA:

Atendimento em Tumor de pele

TRANSFERIDO PARA: HNA SENHA: 6090790

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

ASSINATURA E CARIMBO

NÃO

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

DATA: 18/12/16





Prontuário: 296210

Religião:

CNS: 160900544620005

Nº: 09

Estado: PE

Profissão: DO LAR

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

VIGILANZA EPIDEMIOLOGICA 1993 493

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Queda de moto hs = 24h. Com ~~Ressaca~~
no. me

Exame Físico:

Pacientes com ~~Exatima~~ 1/4 PA:
dos pontos da ME

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

PRSTV072 the Tibia & fibula during E

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

Differences of No change electric

~~Dr. João Luiz da Rocha~~
~~Ouro Preto - Minas Gerais~~
~~CRM - 12035~~





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse 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: _____

16/12/2020 16:16:38
2 de 2

Usuario do Atendimento
RINALDOSSF



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 16/12/2020 15:54

Nome Paciente:	DAISE ALVES DOS SANTOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	23/06/1991
Sexo:	Feminino
Idade:	29
Senha:	U0023
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 16/12/2020 16:01 - 16/12/2020 16:02

CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA FECHADO DE MIE

Observação: NEGA HAS E DM
ALERGIA A PLASIL

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/12/2020 16:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

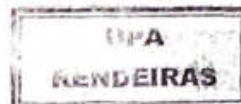
Página 1 de 1





CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: DARLE ALVES DE MELLO IDADE: 23
REGISTRO: _____ HORA: 5:30 DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1991

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente vítima de acidente com lesões
Abuso de Fome em M.E.

EXAME FÍSICO:

A.M.H. 1-12-23-23
AL. 24-10-10 (A: 10-15)
Sol. 1-12-23-23

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fome em M.E.

CONDUTA:

Atendimento em T.E.

TRANSFERIDO PARA: H.A. SENHA: 6095710

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM _____

ASSINATURA E CARIMBO

NÃO _____

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

DATA: 15/12/20



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA		7 - CNES 2427419
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE Maíse Alves dos Santos		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 296210
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 16109101344162106101306191		8 - SEXO 1 - Masc ☒ 3 - Fem ☐
9 - DATA DE NASCIMENTO 16/10/1961		10 - RAÇA/COR 1 - Branca ☒ 2 - Preta ☐ 3 - Amarela ☐ 4 - Indígena ☐
11 - NOME DA MÃE Joselma dos Santos		12 - TELEFONE DE CONTATO (DDD) 93 161 31640
13 - NOME DO RESPONSÁVEL Maíse		14 - TELEFONE DE CONTATO (DDD)
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Edio Campos		16 - CID 10 PRINCIPAL
17 - CID 10 SECUNDÁRIO		18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma no MIE há 24 horas.		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura cingílica		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + Exat físico		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura dos ossos da perna		
24 - CID 10 PRINCIPAL S87.7		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA Agência	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ☒ 1 - Urgência ☐ 2 - Eletiva	31 - DOCUMENTO ☒ 1 - CNB ☐ 2 - CPF
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE) 1960845641910000		33 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Joselma dos Santos		35 - DATA DE SOLICITAÇÃO 16/12/2023
36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. João Carlos de Souza		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE
40 - () ACIDENTE TRAMPO TIPO	41 - CNPJ EMPRESA	42 - SÉRIE
43 - () ACIDENTE TRABALHO/TRAJETO	44 - CNES DA EMPRESA	45 - CBO
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - () CNB ☐ () CPF		50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1/1		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente DAISE ALVES DOS SANTOS	6 - Número do Prontuário 134362			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 160900344620005	8 - Data Nascimento 23/06/1991	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe JOSENILDA DOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.92272737			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA R 50, 9 () - CIDADE JARDIM				
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos

Dor em perna esquerda

21 - Condições que justificam a internação

Necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Exame clínico

23 - Diagnóstico inicial Fratura de tíbia Esquerda	24 - CID 10 Principais S82.9	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 04.08.05.01.44
---	---------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 04.08.05.01.44
---	---

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação Eletivo	31 - Documento () CNS () CCPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 097.034.344-28
---------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante Natália Serral	34 - Data da solicitação 18/12/2020	35 - Assinatura e Carimbo (nr. do registro do conselho) Dr. Sidney Souza Araújo Ribeiro CRM 24549
---	--	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	
38 - () Acidente de Trabalho atípico			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar PREFEITURA DE BEZERROS Secretaria Municipal de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 262010535318-4
48 - Documento () CNS () CCPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



**SUS****Sistema
Único de
Saúde****Ministério
da
Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

7 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANSELMO ALVES DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fm ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

296210

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. BGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS EXAMES E EXATOS CLÍNICOS

Transtorno no ME há 24 horas.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura cingulo

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

Rx + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura das ossos femur

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.7

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

29 - CLÍNICA

1501111

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1501111

31 - DOCUMENTO

1501111

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

1501111

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João Luiz da Rocha

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/12/2023

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

Dr. João Luiz da Rocha

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

40 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

41 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

42 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

43 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

44 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

45 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

46 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

47 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

48 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

49 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

50 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

51 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

52 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

53 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

54 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

55 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

56 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

57 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

58 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

59 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

60 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

61 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

62 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

63 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

64 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

65 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

66 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

67 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

68 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

69 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

70 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

71 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

72 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

73 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

74 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

75 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

76 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

77 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

78 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

79 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

80 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

81 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

82 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

83 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

84 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

85 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

86 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

87 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

88 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

89 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

90 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

91 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

92 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

93 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

94 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

95 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

96 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

97 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

98 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

99 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

100 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

101 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

102 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

103 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

104 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

105 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

106 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

107 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

108 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

109 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

110 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

111 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

112 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

113 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

114 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

115 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

116 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

117 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

118 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

119 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

120 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

121 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

122 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

123 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

124 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

125 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

126 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

127 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

128 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

129 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

130 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

131 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

132 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

133 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

134 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

135 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

136 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

137 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

138 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

139 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

140 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

141 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

142 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

143 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

144 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

145 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

146 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

147 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

148 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

149 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

150 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

151 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

152 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

153 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

154 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

155 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

156 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

157 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

158 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

159 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

160 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

161 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

162 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

163 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

164 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

165 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

166 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

167 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

168 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

169 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

170 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

171 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

172 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

173 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

174 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

175 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

176 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

177 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

178 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

179 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

180 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

181 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

182 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

183 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

184 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

185 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

186 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

187 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

188 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

189 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

190 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

191 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

192 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

193 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

194 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

195 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

196 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

197 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

198 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

199 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

200 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

201 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

202 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

203 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

204 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

205 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

206 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

207 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

208 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

209 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

210 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

211 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

212 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

213 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

214 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

215 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

216 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

217 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

218 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

219 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

220 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

221 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

222 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

223 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

224 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

225 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

226 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

227 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

228 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

229 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

230 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

231 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

232 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

233 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

234 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

235 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

236 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

237 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

238 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

239 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

240 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

241 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

242 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

243 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

244 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

245 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

246 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

247 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

248 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

249 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

250 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

251 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

252 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

253 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

254 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

255 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

256 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

257 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

258 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENF - 04 - LEITO_3

Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 607434 Data: 18/12/2020 Hora: 17:23
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável: DRA. NATÁLIA SOBRAL DA SILVA

Recepç.: CAROLINE FERREIRA TORRES
Matrícula: 160900544620005
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 134362 DAISE ALVES DOS SANTOS
Nascimento: 23/06/1991 - 29 Anos e 5 Meses
Endereço: RUA R 50, 9
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: DORGIVAL BENEDITO ALVES
Mãe: JOSENILDA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 11538556405
Identidade: 9081768 SDS PE
Telefone: 81.92272737
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 813417

Queixa do Paciente: Paciente sofreu dth em punha E.

Recibo paciente vindo da HRA, com fratura de tíbia
e fíbula esquerdas. Refere dth na movimentação.

H.D.A.: Nega comorbidades. Refere cirurgia na perna.

Exame Físico: EGB

H.D.: Fratura de tíbia E.

Tratamento: Aguarda cirurgia.

Assinatura Necessária do Acompanhante
Dr. José Bello da Silva
Acompanhante

Bezerros, 18 de dezembro de 2020

Natália Sobral
CRM 130350
Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENF - 04 - LEITO_3

Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 607434 Data: 18/12/2020 Hora: 17:23
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. NATALIA SOBRAL DA SILVA

Recep.: CAROLINE FERREIRA TORRES
Matrícula: 160900544620005
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 134362 DAISE ALVES DOS SANTOS
Nascimento: 23/06/1991 - 29 Anos e 5 Meses
Endereço: RUA R 50, 9
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: DORGIVAL BENEDITO ALVES
Mãe: JOSENILDA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 11538556405
Identidade: 9081768 SDS PE
Telefone: 81.92272737
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 22/12/2020

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

21/12/2020

Fratura simples fechada do fêmur
do lado direito - 1/2020
Fratura simples fechada do fêmur
do lado esquerdo - 1/2020
Fratura simples fechada do fêmur
do lado direito - 1/2020

Transferência Hospitalar

Data: 1/1/

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: Fratura simples fechada do fêmur
do lado direito - 1/2020
Fratura simples fechada do fêmur
do lado esquerdo - 1/2020
Fratura simples fechada do fêmur
do lado direito - 1/2020

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Óbito

Data: 1/1/

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário:



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE DAISE ALVES DOS SANTOS	NUMERO DO REGISTRO 134362
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI	DR. CAIO SOPRANO
DATA DA OPERAÇÃO 21/12/2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM FIXAÇÃO + FRATURA DE TORNOZELO UNIMALEOLAR + DESBRIDAMENTO + OSTEOTOMIA + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE TIBIA COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM: 01 PLACA BLOQUEADA DE TIBIA COM 10 ORIFÍCIOS 01 PARAFUSO CORTICAL Nº 26 01 PARAFUSO CORTICAL Nº28 01 PARAFUSO CORTICAL Nº34 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 16 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 20 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 22 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 28 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 36 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 38 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 40 REALIZAMOS MANIPULAÇÃO DA FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA E RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E POSTERIOR FIXAÇÃO COM: 01 PLACA 1/3 DE CANO DE 07 ORIFÍCIOS 03 PARAFUSOS CORTICAIS Nº14 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº16 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº20 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº26 REALIZAMOS DESBRIDAMENTO REALIZAMOS OSTEOTOMIA LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19960



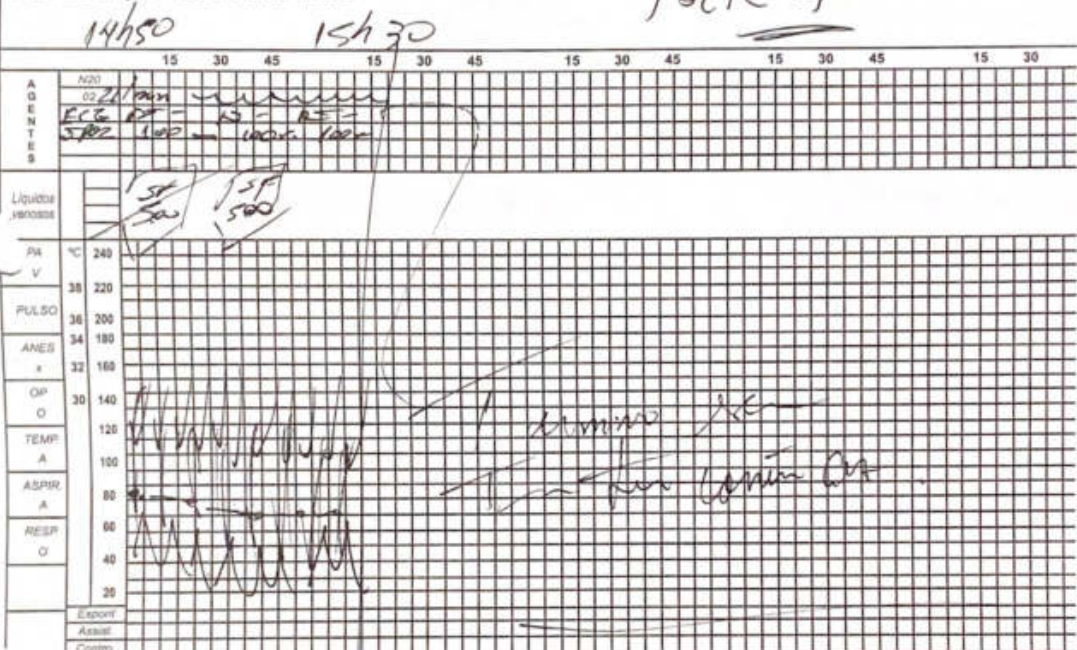
Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Fone: 3728-1586 - BR 232 - Bezerros - PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 21/12/22

Anestesiado: Rogério Viana / CMA + Sedação NB
Nome: DAISE ALVES DOS SANTOS Nº do Registro: 134362 Nº na Clínica: 505
Clínica: HJP Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 79 Sexo: F
Operador: Dr. João Marilhon Assist.: _____ Anestesista: Dr. Carlos E. V. Soprano
Diag. Preop.: Fratura Tibial e Diag. Posop.: o mesmo
Op. Proposta: ITO Fratura Tibial e Op. Realizada: ITO Carga Fratura Tibial
Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <u>Propofol</u>	<u>135</u>	<u>Rogério Viana</u>	<u>Check list</u>
B. <u>Morfin</u>	<u>20mg</u>	<u>Poke 4</u>	<u>ASA I</u>
C. <u>Clonazepam</u>	<u>10mg</u>	<u>Via CT 1 Bx 100</u>	<u>Negm Vlogia</u>
D. <u>Dexametasona</u>	<u>8mg</u>	<u>Cloro ALF. Bx 100</u>	<u>4</u>
E. <u>Dil. Naloxona</u>	<u>2mg</u>	<u>T6</u>	
F. <u>Adrenalin</u>	<u>1mg</u>		
G. <u>Atropina</u>	<u>1mg</u>		
H. <u>Liquidos</u>	<u>100ml</u>		
I. <u>Cloro</u>	<u>100ml</u>		
J. <u>Amil</u>	<u>50mg</u>		
TOTAL		CÂNULA - NASO/ORO FARINGEA NASO/OTROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
OPERAÇÃO:		Tempo de Anestesia	
ANESTESISTA:		João Marilhon Ortopedista CRM 5980	
CIRURGIÃO:		Dr. Carlos E. V. Soprano CRM 17437	
ANESTESISTA:		PERDA SANGÜÍNEA	
CIRURGIÃO:		Hemorragia Atmósica Bradi - Taquicardia - Choque	



HOSPITAL JESUS PEQUENININO

COMANDA 697120

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Idaíse Alves das Santos Registro N° 134362
Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 21/12/202
Cirurgia: Ext. Vena da Perna Cirurgião: Dr. João
Anestesia: Raqui Anestesista: Dr. Luis
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausebron	x 02
Água Destilada		Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	x 01	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	x 03	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	x 01	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Domonid	1ml	Soro Fisiológico	500 01 x
êfortil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
Fentanil 5ml	1ml	Tenoxicam	x 02
Flumazenil		Thionembatal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin		Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/a	x 01	Agulha desc. 25x7/40x12/0.45x13	x 04 x1
Marcaína s/a		Agulha de Plexo	
Marcaína Pesada	x 01	Agulha Raqui	25 x 01
Methergin		Algodão Hidrófilo	



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico	01	CatGut Crom c/a	01 + 01
Atadura Crepe	15	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal		Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon	03
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propylene	
Comp. Cirúrgica	02	PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl	
Dreno Tórax		LÍQUIDOS	
Eletrodos	05	Água Oxigenada	10
Equipo Macrogotas		Álcool 70%	20
Escova de Degermação	04	Glutaraldeído	
Esparadrapo		Éter	10
Esparadrapo Micropore		Formol	
Gaze 7x5x7,5	04	Clorexidina Degermante	50
Neocaina Pesada		TAXAS	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	Tx
Infusor soluções Parenterais 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jelco		Desfibrilador	1 Tx
Liga Clip		Monitor	
Lâmina Bisturi	21 x 01		
Látex 204	7 x 04	OXIGÊNIO	
Luva Estéril	7,5 x 04	Das _____ às _____	
Luva Descartável	05		
Máscaras	04		
Polifix			
Pró-Pés	04		
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc			
Seringa 05 cc	x 01		
Seringa 10 cc	x 01		
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda '3v' n°			
Transfix			
Pulseiras de RN			
Toucas	04		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

Juliana de F. Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 112.691





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

NOME
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
9000356 SDS PE

CPF
029.170.884-60

DATA NASCIMENTO
30/01/1976

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

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06279302663

VALIDADE
06/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/01/2015

OBSERVAÇÕES
A



Rosilene Margarida da Silva

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
07/02/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
ASSINATURA DO EMISSOR

**85662886341
PE083881115**

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797

PERNAMBUCO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

NOME **Daíse Alves dos Santos**

FILIAÇÃO
Dorgival Benedito Alves
Josefilda dos Santos

NATURALIDADE Maceló - AL
DATA NASCIMENTO 23/06/1991 ORGÃO EXPEDIDOR SDS/PE TIPO SANG./FATOR RH
OBSERVAÇÃO

Daíse Alves dos Santos
Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda

PROTRIN DO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.116 DE 13 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL **9.081.768** DATA DE EXPEDIÇÃO **02/06/2020**

REGISTRO CIVIL
Matr.: 002949.01.55.1991.1.00063.298.0067677.22 Maceló - AL 27/05/2020

CPF 115.385.564-05 DNI

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF

NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CNS

Paulo de Carvalho
Paulo Augusto Távares do Carmo
Gerente do IITB/PE

ECM-03

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Polegar Direito





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 9305659085	
VIA 1	COD. RENAVAM 329857177	RN-TRC *****	EXERCÍCIO 2012		
RUBENS DE SOUZA FREITAS		NOME			
CARUARU-PE		PLACA PFC4556			
356.276.384-00		CPF / CNPJ			
PLACA ANT / UF ***** / PE		CHASSI 9C2KXC1670BR548344			
PA3 / MOTOCICLETA		ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 FAN ESI		MARCA / MODELO		ANO FAB. 2011	
2P/149CL		CAP / POT / OIL		COR PREDOMINANTE PRETA	
I P V A		COTA UNICA		VENC. / COTAS	
IPVA 2012 QUITADO		VENC. COTA UNICA 1*		*****	
FAIXA IPVA 1		PARCELAMENTO / COTAS *****		*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO			
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA		OBSERVAÇÕES			
CARUARU		LOCAL		DATA 27/03/12	
		Máxia de Fátima Demerri R. Costa			
		Diretora Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT		PE Nº 9305659085		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
356.276.384-00		CPF / CNPJ		EXERCÍCIO 2012	
RUBENS DE SOUZA FREITAS		PLACA PFC4556			
CARUARU-PE		0			
356.276.384-00		CPF / CNPJ		EXERCÍCIO 2012	
PE Nº 9305659085		DATA EMISSAO 27/03/12		PLACA PFC4556	
VIA 1		RENAVAM 329857177		MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB. 2011		CALDEIR. 09		Nº CHASSI 9C2KXC1670BR548344	
FNS (R\$)		DENATRAM (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	
SEGURO PAGO		PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA UNICA		PARCELADO			
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)					

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210186109 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210186109 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 - 60 %	42%	R\$ 5.670,00
Total			42 %	R\$ 5.670,00



PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: Daine Alves dos Santos
brasileiro (a), estado civil: solteira, profissão: Rececionista
RG nº 9081768, CPF/MF nº 115.385.564-05, com
endereço residencial na Rua: Americana Faria, 113
Salgado
Barraque - PE

OUTORGADO:

Nome: Rosilene Mangarida da Silva
brasileiro (a), estado civil: solteira, RG nº 9000-356,
CPF/MF nº 029.170.884-60, com endereço residencial na
Rua: Ricardo Pilon, 332
São Francisco
Barraque - PE

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT, por natureza Insalidez da Vítima Daine Alves dos Santos CPF 115.385.564-05 e cujo Sinistro ocorreu no dia _____.

Barraque, 12 de Julho de 2021.

Daine Alves dos Santos

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146004/21

Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS

CPF: 115.385.564-05

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/12/2020

Titular do CPF: DAISE ALVES DOS SANTOS

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
DUT

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

DAISE ALVES DOS SANTOS : 115.385.564-05

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: 13/07/2021
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2021
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

