

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE IPOJUCA – PE

JUSTIÇA GRATUITA

GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA, brasileiro, em união estável, trabalhador rural (corte de cana), portador da cédula de identidade R.G. nº 5727209 SDS-PE e inscrito no CPF nº 044.410.354-62, residente e domiciliado na Rua Alto da Palmeira, s/n, Camela, Ipojuca/ PE- CEP: 55590-000, e por seu advogado e bastante procurador que esta subscreve, procuração em anexo (**docs. 01**), tendo seu escritório profissional situado na Rua Henrique Milet, 80-H, Centro, Ipojuca/Pernambuco, CEP: 55590-000, bem como, no endereço eletrônico: firmينو.juridico@gmail.com, local que indica para receber as intimações e/ou notificações de estilo, ou no **caso de publicação, pugna sejam as mesmas feitas em nome do subscritor da presente**, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO- DPVAT S.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua da Assembleia, nº 100 - 21º andar – Centro, Rio de Janeiro/ RJ CEP: 20011-904, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

1. Inicialmente, a parte autora é hipossuficiente, encontra-se desempregado, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.
2. Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, o benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que prevê a

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55590-000



Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do CPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante o acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos, para apreciação de Vossa Excelência, cópia da carteira de trabalho do requerente (docs.02).

II. DOS FATOS:

3. Consta pelas declarações da parte autora que no dia 27 de novembro de 2018, por volta das 11:00, conforme consta no registro de ocorrência policial (docs. 03-10) sofreu acidente de trânsito do tipo colisão frontal em desfavor do veículo PAJERO TR4 (placa HUC-2841), entre o município de Sirinhaém e Ipojuca, próximo à entrada do distrito de Camela, as margens da PE-60, estando na situação de condutor do veículo envolvido (docs. 11).
4. E perante a autoridade policial, apurou-se das circunstâncias que o veículo PAJERO TR4 (placa HUC-2841), "o fechou", ocasionando o acidente. E como se vê do evento, resultou ao demandante acentuadas lesões corporais.
5. Ato contínuo ao acidente, o requerente foi encaminhado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU/ IPOJUCA para atendimento médico no Hospital Dom Helder Câmara (docs. 36). Ocasão que, inicialmente, constatou-se FRATURA EXPOSTA EM HALUX E 1º e 2º PQE, INCLUSIVE COM LESÕES NA REGIÃO DO QUADRIL (docs. 17).
6. No entanto, na unidade hospitalar a situação era bem mais grave: **foi confirmado pela equipe médica o diagnóstico que o requerente sofreu FRATURA EXPOSTA EM HALUX E 1º e 2º PQE, INCLUSIVE COM LESÕES NA REGIÃO DO QUADRIL (docs. 17).** E como se vê, recomendando-se o afastamento de eventuais atividades laborais.
7. Ademais, necessitou o segurado, em virtude das fraturas sofridas, passar por procedimento cirúrgico de fratura excisão de lesão e/ ou sutura de ferimento da pele e anexos e mucosa (principal), conforme se demonstra documentalmente (doc. 36).
8. Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou o requerente com acentuada limitação física (redução de HALUX 1º e 2º PQE), além de sentir dores intensas e constantes no quadril, tem limitação nos movimentos e na força dos membros afetados**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o quadril e a perna, sentar e levantar, caminhar, praticar algum exercício físico,

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000



trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

9. Nesse contexto, o segurado após o delicado procedimento cirúrgico e internamento hospitalar, recomendando-se posteriormente a realização de fisioterapia e afastamento das atividades habituais por prazo considerável (docs. 13-46).
10. Após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou o demandante com considerável limitação física, que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada a retomar as suas atividades normais, encontra-se debilitado, sente dores, não movimentar o quadril com facilidade, sente dificuldades ao sentar, levantar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.
11. Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão das fraturas sofridas, prejuízo esses que acompanham o requerente até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida.
12. Portanto, por questão de Justiça e respeito à previsão legal, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização DPVAT junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO-DPVAT**, tendo feito seu requerimento (docs. 47).
13. Desta forma, ocorrido o acidente de trânsito, sofrendo a parte autora lesões, no caso em tela, **comprovadamente com caráter de invalidez permanente**, faz jus a mesma ao recebimento de indenização do seguro DPVAT/INVALIDEZ.
14. Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, conforme já mencionado, o autor encaminhou seu pedido à **SEGURADORA LÍDER**, juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), o requerente teve seu pedido autuado com o número 3190097399 (docs. 48-58).
15. Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré. **Tamãha fora a surpresa desta, quando informado do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.**
16. De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade das lesões**

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000



sofridas pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu o valor de R\$. 2.700,00- dois mil e setecentos reais- (docs. 50).

17. Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade das lesões sofridas pelo autor.** O demandante permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.**
18. Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo para recebimento da indenização do seguro DPVAT, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.
19. Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo, solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, pois injustificadamente, a demandada efetuou o pagamento de um valor muito aquém do que deveria, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

20. Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta, a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.
21. O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.
22. A Lei nº. 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores
- Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000



de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei nº. 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

23. Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

"O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Lider- DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT. O diretor presidente da Seguradora Lider- DPVAT, Ricardo Xavier, explica que o procedimento para o recebimento do seguro pelas vítimas de trânsito é simples e alerta para o fato de que não é necessário intermediário para dar entrada no pedido de indenização. "Ninguém melhor que o próprio cidadão para preservar seus direitos. Há seguradoras em todo o Brasil para receber as vítimas de trânsito. Basta apresentar os documentos na seguradora escolhida no prazo de três anos a contar da data da ocorrência do acidente," afirma.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte ou Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares é de 3 anos a contar da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000



aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas."

24. Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

25. Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas."

26. Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar a Jurisprudência firmada do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia o demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT. PRETENSÃO COMPLEMENTAR. LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. INVALIDEZ PERMANENTE. PARCIAL. INDENIZAÇÃO CONFORME A PROPORCIONALIDADE DA INVALIDEZ. SÚMULA Nº 474 DO STJ. PAGAMENTO PARCIAL REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA. DIREITO À COMPLEMENTAÇÃO. RECURSO PROVIDO. DECISÃO UNÂNIME. 1. O E. Superior Tribunal de Justiça sedimentou o entendimento de que: "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial permanente do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez" (Súmula nº 474/STJ). 2. O pagamento do seguro obrigatório relativo a acidente de trânsito deve ser feito dentro do limite de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), no caso de invalidez permanente decorrente de sinistro ocorrido após a entrada em vigor da Medida Provisória nº 340/2006, convertida na Lei nº 11.482/07. **3. A tabela de graduação, implementada pela**

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000



Lei 11.945/2009, estabelece para o caso de perda anatômica e/ou funcional de um dos membros inferiores o percentual de 70% de R\$ 13.500,00 (teto máximo para o caso de invalidez permanente, cf. art. 3º, inciso II), ou seja, o valor de R\$ 9.450,00. Deve ser considerado, na hipótese, o percentual de 50% (cf. laudo médico) sobre tal valor, que resulta na quantia de R\$ 4.725,00 (R\$ 9.450,00 ÷ 2). 4. Uma vez que a apelante já percebeu, administrativamente, a quantia de R\$ 2.531,25 (dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o complemento a ser concedido é de R\$ 2.193,75 (dois mil, cento e noventa e três reais e setenta e cinco centavos). 5. Apelo provido. Decisão unânime. (TJ-PE - APL: 5124796 PE, Relator: Frederico Ricardo de Almeida Neves, Data de Julgamento: 23/10/2018, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: 09/11/2018)- **Grifei.**

27. Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça *in verbis*:

“Súmula 474- Superior Tribunal de Justiça- STJ

A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”. (GRIFEI)

28. Além disso, vejamos mais um julgado do Tribunal de Justiça de Pernambuco a respeito do direito a complementação do DPVAT, em casos de invalidez permanente parcial:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA - DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR PAGO A MENOR. PAGAMENTO DE FORMA PROPORCIONAL AO GRAU DE INVALIDEZ. APELO IMPROVIDO. - **Quanto ao valor da indenização para os casos de invalidez permanente parcial do beneficiário, há entendimento sumulado do Superior Tribunal de Justiça - Súmula 474** (Súmula nº 474 do STJ. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez)- **a dispor que o pagamento será de forma proporcional ao grau da lesão.** (TJ-PE - APL: 5228799 PE, Relator: Antônio Fernando de Araújo Martins, Data de Julgamento: 02/04/2019, 6ª Câmara Cível, Data de Publicação: 22/04/2019)- **GRIFEI**



29. Para tanto, conforme tabela registrada no art. 3º da Lei nº. 6.194, de 19 de dezembro de 1974 (incluído pela Lei nº 11.945, de 2009) faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.
30. Ante o exposto, em consonância com o previsto na Lei nº. 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através de perícia médica e posterior enquadramento da invalidez na tabela de danos segmentares**, ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente Ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER:**

31. Que seja deferido **os benefícios da assistência judiciária gratuita**, nos termos da Lei 1.060/50 e art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família.
32. Seja recebida a presente, autuada e conforme art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, **determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;**
33. E conforme previsão no art. 319 VII do Código de Processo Civil, **a parte autora desde já, em virtude da necessidade de realização de perícia médica, manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;**
34. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que seja ratificada a **constatação da invalidez permanente parcial remanescente na parte demandante e posteriormente quantificado o real valor devido a esta;**

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000



FIRMINO
— ADVOCADO —

35. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

35.1. Que seja declarada devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;

35.2. Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso. Sendo que a diferença do valor pago administrativamente para o valor que efetivamente deveria ter sido pago, deve ser quantificado, levando-se em consideração a perícia médica a ser realizada, com posterior enquadramento na tabela de danos segmentares constante no artigo 3º da Lei 6.194/74;

35.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

36. Requer ainda, a produção de todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

37. Requer, por fim, o cadastramento do advogado **ALEX FIRMINO DOS SANTOS, INSCRITO NA OAB/PE Nº. 46.135-D**, nos autos do processo para receber intimações e notificações, sob pena de nulidade.

38. Dá-se a causa o valor de R\$: 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)

Nestes termos, pede deferimento.

Ipojuca, 11 de agosto de 2019

ALEX FIRMINO DOS SANTOS

Advogado

OAB/PE nº. 46.135-D

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, sala 06 (acima da Nova Lotérica), centro,
Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000



**PROCURAÇÃO****OUTORGANTES:**

GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA, brasileiro, em união estável, trabalhador rural (corte de cana), RG 5727209 SDS/PE, CPF 044.410.354-62; estando residente e domiciliado à Rua Alto da Palmeira, Camela, Ipojuca/PE.

OUTORGADO: ALEX FIRMINO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 46.135, seccional de Recife/Pernambuco e no CPF nº. 091.845.614-24, com endereço profissional na Rua Henrique Milet, 80, Centro, Ipojuca/ Pernambuco, CEP: 55590-000 e eletrônico: firmino.juridico@gmail.com.

PODERES:

todos os poderes da cláusula ad iudicia et extra, para o foro em geral, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-los(as) nas contrárias, seguindo uma e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-as; agindo em conjunto ou separadamente, como também poderes por mais especiais que sejam, inclusive confessar, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber e sacar alvará judicial, substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, ao que tudo será dado por bom, firme e valioso. Inclusive, ajuizar ação de revisão de valores referentes ao DPVAT e demais atos pertinente e relativos ao assunto.

HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei ao advogado outorgado, ou a quem legalmente o substituir, quantia equivalente a 30% (trinta por cento) sobre o valor apurado, além da sucumbência que será arbitrada pelo MM. juízo de direito, no caso de processo judicial. Ficando desde logo autorizada a retenção na ocasião do pagamento tanto no âmbito judicial e extrajudicial, mediante dedução da quantia que vier a receber ou for depositada em minha conta vinculada, em favor do outorgado. Ficando esclarecido ser devido independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente ao advogado contratado.

Por esses termos, as partes outorgantes firmam abaixo a outorga de poderes e o estabelecimento de honorários em favor do patrono e outorgado ALEX FIRMINO DOS SANTOS, OAB/PE 46.135, pela prestação de assessoria jurídica, defesa e atuação administrativo e judicial.

Ipojuca/ PE, 2 de agosto de 2019.



GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA**, brasileiro, em união estável, trabalhador rural (corte de cana), RG 5727209 SDS/PE, CPF 044.410.354-62; estando residente e domiciliado à Rua Alto da Palmeira, Camela, Ipojuca/PE, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Ipojuca, 2 de agosto de 2019.



*
GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Rua Henrique Milet, 80-H, primeiro andar, -sala 02, centro, Ipojuca/PE, CEP: 55590-000-
Fone: (81) 99873-7406



DE ESTRADAS DE RODAGEM
Polícia Militar de Pernambuco
Batalhão de Polícia Rodoviária



TERMO DE REMOÇÃO DE:
MOTOCICLETA ☐ MOTONETA ☐ TRICICLO ☐ QUADRICICLO ☐
LOCAL _____

27/1/18

1200

PE-60 Em frente ao engenho SIBIRÓ
SIRINHAEN IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

IDENTIFICACAO DO VEICULO

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO	DATA	TOMO
SHINERAY		VERMELHA
EXVXCAL05E0202370		

IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

TABLE 1			DATE
NO.	NAME	ADDRESS	REMARKS
1	...	...	...
2	...	...	...
3	...	...	...
4	...	...	...
5	...	...	...
6	...	...	...
7	...	...	...
8	...	...	...
9	...	...	...
10	...	...	...
11	...	...	...
12	...	...	...
13	...	...	...
14	...	...	...
15	...	...	...
16	...	...	...
17	...	...	...
18	...	...	...
19	...	...	...
20	...	...	...
21	...	...	...
22	...	...	...
23	...	...	...
24	...	...	...
25	...	...	...
26	...	...	...
27	...	...	...
28	...	...	...
29	...	...	...
30	...	...	...
31	...	...	...
32	...	...	...
33	...	...	...
34	...	...	...
35	...	...	...
36	...	...	...
37	...	...	...
38	...	...	...
39	...	...	...
40	...	...	...
41	...	...	...
42	...	...	...
43	...	...	...
44	...	...	...
45	...	...	...
46	...	...	...
47	...	...	...
48	...	...	...
49	...	...	...
50	...	...	...
51	...	...	...
52	...	...	...
53	...	...	...
54	...	...	...
55	...	...	...
56	...	...	...
57	...	...	...
58	...	...	...
59	...	...	...
60	...	...	...
61	...	...	...
62	...	...	...
63	...	...	...
64	...	...	...
65	...	...	...
66	...	...	...
67	...	...	...
68	...	...	...
69	...	...	...
70	...	...	...
71	...	...	...
72	...	...	...
73	...	...	...
74	...	...	...
75	...	...	...
76	...	...	...
77	...	...	...
78	...	...	...
79	...	...	...
80	...	...	...
81	...	...	...
82	...	...	...
83	...	...	...
84	...	...	...
85	...	...	...
86	...	...	...
87	...	...	...
88	...	...	...
89	...	...	...
90	...	...	...
91	...	...	...
92	...	...	...
93	...	...	...
94	...	...	...
95	...	...	...
96	...	...	...
97	...	...	...
98	...	...	...
99	...	...	...
100	...	...	...

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

1. Silvanildo Joaquin 22 SANTANA ALTO DA PALMEIRA, STA
ALTO DA PALMEIRA IPOLUCIA

ENCUADRAMENTO

5010-0 6599-1 ENQUADRAMENTO
CONDICÕES DA AE00396906, AE00396907

CONDIÇÕES DA MOTOCICLETA

[illegible]

DA CARGA E OUTROS PERTENCENTES

SERVING THE NEIGHBOUR

MUNICIPIO		QUILÔMETROS			VALOR A PAGAR	
COD. ORÇÃO	ANEXO	INICIAL	MOD-100	VALOR	VALOR A PAGAR	TOTAL
00000000	00000000					

VEÍCULO ENVOLVIDO EM ACIDENTE
DE TRANSITO B.A.T NOK-2488/18
SGT. HERON
30496-4
IRMAO DO CONDUTOR

TESTIMONIO	EXCELSIOR SEGUROS
INDICADO: DELA AN ETC.	12 MAR. 2019
INDICADO: DELA AN ETC.	SEGUROS
INDICADO: DELA AN ETC.	SEGUROS

LAZEL SIOB SEBROS

12 MAR 2019

SEGURO DPNAT



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI V2	Passageiro	V2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI V2
De tração animal		Tração	VI	Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01							
Marca	MMC	Modelo	PAJERO	Ano	2008	Renavam	955892538
Município	TAMANDARÉ	Nº do Chassis					Placa HUC-2841
Carregado		Apreendido		Liberado	X		Veículo de Carga nº de Eixo
Proprietário	MARIA JUDITE VENTURINI						
Residência						Bairro	
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF	
Condutor	JOSE MARCELO JUCA SAMPAIO						
Residência	LOTEAMENTO AGUAS DE TAMANDARÉ					Bairro	CENTRO
Município	TAMANDARÉ	Rg.	2475926	Org. Exp.	SSP PE	CPF	422103054-20
CNH/Pront./Nº	01066546745	Categoria	AD	Validade	24/02/2020	Hora/Dia	30 MIN

VEÍCULO - 02							
Marca	SHINERAY	Modelo		Ano		Renavam	
Município		Nº do Chassis	LNXXCBL05F0242979				Placa
Carregado		Apreendido	X	Liberado			Veículo de Carga nº de Eixo
Proprietário							
Residência						Bairro	
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF	
Condutor	GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA						
Residência	ALTO DA PALMEIRA, S/N					Bairro	CAMELA
Município	IPOJUCA	Rg.	5727209	Org. Exp.	SDS PE	CPF	044410354-62
CNH/Pront./Nº		Categoria		Validade		Hora/Dia	

TESTEMUNHA - 01							
Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro			
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.	CPF

TESTEMUNHA - 02							
Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro			
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.	CPF

VÍTIMA - 01							
Nome	GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA			Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X Mortais
Estado Civil	CASADO	Idade		Motorista	X	Passageiro	Pedestre
Profissão	TRAB RURAL	Residência	ALTO DAS PALMEIRAS, S/N	Nacionalidade			Naturalidade
Município	CAMELA	UF	PE	Rg.	5727209	Org. Exp.	SDS PE
Socorrido	PELO SAMU AO HOSP DOM HELDER			Município		CPF	044410354-62
Dados Fornecidos Por	GILVAN JOAQUIM DE SANTANA (IRMÃO DA VÍTIMA)						
Residência	ENGENHO SIBIRO, S/N					Bairro	ENG SIBIRO
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF

VÍTIMA - 02							
Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Estado Civil				Motorista		Passageiro	Pedestre
Profissão		Residência		Nacionalidade			Naturalidade
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	Bairro
Socorrido				Município		CPF	
Dados Fornecidos Por							
Residência						Bairro	
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF

OBS: OS DADOS DA VÍTIMA/CONDUTOR DO V2 FORAM FORNECIDOS PELO SEU IRMÃO ACIMA CITADO.



Scanned with CamScanner



Num. 49079941 - Pág. 1

IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir e/ou CNH (Art. 162.I CTB)	X	Deixar de Prestar Inform. s/ accid. (Art.176VCTB)	
Conduzir Veic. n/ lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens. do Agente tráf. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Pone Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ilég. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prev. P/ Evitar Perigo Tráf. (Art. 170 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeitu. Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo. Determin. (Art. 176 IV CTB)	X	Otras	6599-1

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado
2. Comunicado à Delegacia de	PERITO ANDRÉ AMARAL, 212335-5		
Nome do Recebedor da Ocorrência			
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matricula
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM RENATA CARDOSO		
		Of. Chefe da SSTA	NOME
			HERON
			TEN PM UMAITÁ



Confira com o original que me foi apresentado.

Data: 03/01/19

SD PM 1123047



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - IPRV
Batallão Cid. N.ancel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	v1	v2
Dirigir sem CNH (Art. 162, I, CTB)	☒	☐
Conduzir veíc. a doc. Post. obrig. (Art. 232 CTB)	☐	☐
Conduzir veíc. a doc. Post. obrig. (Art. 232 CTB)	☐	☐
Dirigir sob influência de álcool (Art. 165 CTB)	☐	☐
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)	☐	☐
Deixar de adotar prov. p. evitar perigo tráf. (Art. 176, CTB)	☐	☐
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176 III CTB)	☐	☐
Deixar de remover veíc. Qdo Deixado (Art. 176 IV CTB)	☒	☐
Outras		6599-1

XIII - CROQUI

Os Veículos foram retirados do local. Obs: O condutor do IC suenei amarelo de Mat. 212.335-5 informou que o IC não iria até o local, através de contato telefônico.

XIV - SIMBOLOGIA

	Automóvel e outros veículos de 4 rodas
	Ônibus, Caminhão e Trator
	Trem
	Veículo de 2 ou 3 Rodas
	Pedestre
	Animal
	Objeto Fixo

	Incêndio
	Marcha à Frente
	Marcha à Ré
	Desarranjo
	Captura em Tombo
	Local da Colisão
	Deposito da colisão

* Amassamento: para a -
ma do lado do mo -
Tomato

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1
* Amassamento: retrovisor
do lado do motorista, fa-
noel do lado do motorista,
farol do lado do motorista

VEÍCULO - 02

Danos em toda a
estrutura do veículo

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do receptor da ocorrência:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRICULA.

NOME:

907

30496-4

ASS:

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:



BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° K-2786, 2018).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

NL DA 27/11/18 ENDA AO ZACIFE PELA R-60 ENTRE SIWAAWEN E CAULEA, NUNCA RETO, UMA MOTO VENHA EM SENTIDO CONTRARIO AO MEU VEICULO, QUANDO DE REPENTE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA DEU PARA O ACOSTUMENHO DO LADO DO MEU VEICULO. AO PERCEBER A MANOBRAS CONECTAR A FREIA O VEICULO E LONKE LEVANTEI PARA A ESQUERDA, QUANDO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA JOGOU SUA MOTO PARA CIMA DO MEU VEICULO. PARA NAO COLIDAR DE FRENTE JOGUEI O CARRO PARA O ACOSTUMENHO, JANDO A MOTOCICLETA COLIDIR COM A LATERAL DA MINHA VEICULO. PORO NO MESMO INSTANTE, E CHAMEI SOCORRO THIANU E POLICIA DO DISTRITO LOCAL E NOVO E TELEFONE DO CONDUTOR DO VEICULO ATUAL DO MEU VEICULO E FAI TESTEMUNHO DO ACIDENTE. O NOBRE DO ACIDENTE E O LADADO E O LONKE E - (061) 998127727. O SAUVIADO E UNDO O CONDUTOR DA MOTO ESTAVA CONSCIENTE.

Veículo: PATRO TR4
 Nome do Condutor: JOSÉ MARCELO JULIA SAMPAYO
 RG: 2425376 Órgão Expedidor: SPS FK CPF: 422103054-20
 Placa do Veículo: MAC 2841 Data: 27/11/13 Hora: 12:49:00

Assinatura:

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





BATALÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° K-2789, 20/8.)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Condutor desconhecido (não estava no local)

Veículo: CHASSI: LXVX60205F0242979 SHINERAY
Nome do Condutor: SIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Placa do Veículo: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



DATA DE EMISSÃO: 11/08/2019

INFORMAÇÃO SOBRE O FISCO: 00000000000000000000

Nº 000.041.252
Série 1

STAR MOTOS

STAR MOTOS
AVENIDA NARCHEAL MASCARENHAS DE
MORAIS Nº 4088 A - IMBIRIBEIRA -
CEP 51150-003
FONE (81) 3481-7500

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0-ENTRADA
1-SAÍDA
Nº 000.041.252
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



2014 1007 6109 1000 0100 5500 1000 0412 4210 4202 6222

Conta de arrecadação de impostos de 10-1-1
Número de identificação de imposto de 10-1-1

DESTINATÁRIO VENDEDOR

R. AMARO JOSE DO NASCIMENTO 26 CASA
IMBIRIBEIRA
CEP 51150-003
FONE (81) 3481-7500

CLIENTE
CAMELA

CPF 013.716.674-54

CPF 55559-000

EXCETO CITADO
ISENTO

RODA DA BARRA - ENTRADA

FATURA DUBICATAS

PAGAMENTO A PRAZO

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO IMPOSTO	VALOR	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO	VALOR TOTAL DA FATURA
0,00	0,00	0,00	0,00	4.490,00
0,00	0,00	0,00	0,00	4.490,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

MODAL	VEICULO	PLACA	NUMERO DE VOLUMES	VALOR TOTAL DA FATURA
075.1120	800 1029	UN	120	4.490,00

DADOS DO PRODUTO/SERVICO

CD	DESCRICAO DO PRODUTO/SERVICO	QUANT	UNID	VALOR
001	XY 300JET	1	UN	4.490,00

DADOS ADICIONAIS

Assinado eletronicamente por: ALEX FIRMINO DOS SANTOS - 11/08/2019 16:47:54
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081116475454500000048323033
Número do documento: 19081116475454500000048323033

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 11/08/2019 16:47:54

2ª VIA
DESTINATÁRIO



Ipojuca, 04 de Janeiro de 2019

Origem: Coordenação do SAMU IPOJUCA

Destino: Givanildo Joaquim de Santana

Assunto: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELA EQUIPE DO SAMU IPOJUCA.

Declaro para os devidos fins que **Givanildo Joaquim de Santana** nascido em 29/06/1975, **RG 5.727.209 SDS -PE**, foi atendido por nossa Unidade de Suporte Básica (USB), no dia 27/11/2018, por volta das 11h 28min na PE-60, Próximo a Sirinhaém, Ipojuca-PE, sob o protocolo **S-557786**(número da ocorrência para regulação do SAMU), vítima de **Acidente de Trânsito**, A equipe do SAMU IPOJUCA realizou os procedimentos necessários para estabilização do referido (cumprindo com todo o protocolo de atendimento ao trauma), em seguida removendo-o para o Hospital Dom Helder Camara no município do Cabo de Santo Agostinho -PE

Dr. Marcos Firmino
Coordenador de Suporte Básico
SAMU IPOJUCA



Rod. PE-38 Km 9 – Nossa Senhora do Ó, Ipojuca – PE.
FONE : (81) 3527 - 9347

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 478942

Data e Hora: 18/01/2019 07:25

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ALTO DA PALMEIRA Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: JAIDETTENS
RG (Identidade): 5727208 SDS PE Data de Emissão: 18/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973096286
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: ()

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 30 Jan Hora do Retorno:

Médico do Retorno:

Observações:

Carimbo/Médico

Dr. Homero Rodriguez
Ortopedia / Traumatologia
CRM 13525

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a Solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o atendimento tipo 2 (Retorno).



Resumo de Alta Hospitalar

3-3

PACIENTE: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

REGISTRO: 111325

DATA ADMISSÃO: 27/11/2018

DATA ALTA: 03/12/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EXPOSTA EM 1 E 2 PDE + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÊ ESQ

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

LIMPEZA CIRURGICA + SUTURA+ REGULARIZAÇÃO DE COTO + ATB

3) Prescrição Para Domicilio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS
 - 2) RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS
 - 4) RETIRAR PONTOS COM DUAS SEMANAS
 - 5) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAUDE
- INICIAR FISIOTERAPIA

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)

Não ()

18/12/18
de 06:30 até
09:00

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA COM DUAS SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES /PE

Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar

Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara

Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000

Cabo de Santo Agostinho - PE

Dr. Mariana S. de Almeida Araújo
Médico
CREMEPE: 26413 CRM-PB 10287



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 507532

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 25/06/2019 08:53

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ALTO DA PALMEIRA Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: DARLETEBN
RG (Identidade): 5727209 SDS PE Data de Emissão: 18/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973096236
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente no X-ray de trauma
no quadril (E) apresentando fratura
glútea.

EXAME FISICO

Temperatura: () VLBDO () ALTO () ESBARTANA
Pressão Arterial: () () ()
Peso: () () ()
Altura: () () ()
Outros: () () ()

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: () Hora do Retorno: ()

Médico do Retorno: ()

Anotações: () 056

Diácel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 13783 / RJ 1993
Assinatura/Médico

OBS: Ao final de consulta encaminhar esta ficha para o atendimento (início). Caso a solicitação de retorno seja preenchida
o setor (ambulatorio de egresso) fará o atendimento (ao 2º retorno).





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 495806

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 22/04/2019 09:04

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 - Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ALTO DA PALMEIRA Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: LAISMSR
RG (Identidade): 5727209 SDS PE Data de Emissão: 18/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973096238
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

7 fusão de fratura

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações: _____

Dr. Carlos R. P. Ribeiro
Ortopedia/Traumatologia
CRM 13783
Carimbo Médico

Dr. Carlos R. P. Ribeiro
Ortopedia/Traumatologia
CRM 13783
Carimbo Médico

OBS: Ao final da consulta encaminhar esta ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida, o setor (ambulatório de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 489596

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 19/03/2019 08:41

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ALTO DA PALMEIRA - Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: ADRIANAPB
RG (Identidade): 5727209 SDS PE Data de Emissão: 18/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973096236
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente com Hto de lesão no
tórax (E) na umbilical. Refere dores
no quadril (E).

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____
Médico do Retorno: _____
Observações: _____


Daniel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 12.778
Carimbo/Médico


HDM - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/SACS
28/03/2019

DEB: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida,
o sistema emitirá o documento de egresso para o agendamento tipo 2 (Retorno).





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 484854

Especialidade:

Data e Hora: 19/02/2019 10:32

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 28/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBAURG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MARIA REGINA SILVA DE SATURNO CRM: 454849
Endereço: ALTO DA PALMEIRA - Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: LAISMSR
RG (Identidade): 5727209 SDS PE Data de Emissão: 18/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973096238
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____
Médico do Retorno: _____
Anotações: _____

Carimbo/Médico

REC - Hospital Dom Helder Camara
Laboratório de Análises
Físico-Químico-Saúde
20/02/2019

OBS: No final da consulta encaminhar esta ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor Ambulatorial de Egresso fará o atendimento pelo retorno.

CONSULTA DE CONTINUAÇÃO EM PERMANÊNCIA

DATA: 19/02/2019 DATA: 19/02/2019

ASSINATURA: ASSINATURA: F.O. Lira





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 484780

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 19/02/2019 08:33

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ALTO DA PALMEIRA Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: MARCELANIABF
RG (Identidade): 5727209 SDS PE Data de Emissão: 18/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973098236
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

*Paciente no 3º mês de fratura
exposta do fêmur c/ ferimento extenso.*

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: ()

Abriu curativo.

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____
Médico do Retorno: _____
Anotações: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento SAME
Data: 19/02/2019

20.FEV.2019

Marcel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726
Carimbo Médico

OBS: A solicitação de consulta encaminhada para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida
o setor administrativo do hospital fará o agendamento tipo 2 (Retorno).





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 479008

Data e Hora: 18/01/2019 09:48

Especialidade:

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MARIA REGINA SILVA DE SATURNO CRM: 454849
Endereço: ALTO DA PALMEIRA - PE Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: MARCELANIABF
RG (Identidade): 5727209 SOS PE Data de Emissão: 18/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973056235
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____
Médico do Retorno: _____
Anotações: _____

Carimbo/Médico

CONSULTA DE ENFERMAGEM

OBS: Este formulário deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo atendimento (incluindo o enfermeiro de plantão) e assinado pelo enfermeiro responsável pelo atendimento.

ASSINATURA: _____

22/01 de leve

22/01 de 932

21 atadene

localização

pl E

FO glaucoma



09:33

GILVANO JACQUES

IMIP INSTITUTO MATERNAL DE PERNAMBUCO

DOM HELDER CAMARA

FORMULÁRIO DE RETORNO

Na Fronteira: III 325

Nome do Paciente: _____

Data do Atendimento: ____/____/____

☐ ECO	☐ Psicologia
☒ Curativo	☐ Nutrição
☐ Retirada de Ponto	☐ Fonoaudiologia
☐ Retirada de Fio K	☐ Serviço Social
☐ Imobilização	☐ Alta Ambulatorial
	☐ Retorno

Data: ____/____/____

Obs: _____


Dr. Homero Rodrigues
 Ortopedia Traumatologia
 CRM 13415



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Givanildo Joaquim de Santana Registro: 11325

Clinica: _____ Enfermaria: amb Leito: _____

Data/Hora	
48/01/19	# Serviço Social
	Realizo atendimento social a Sra. Maria, Schincha. Compareceu ao setor solicitando informações sobre planos DPVAT. Apresenta orientações cabíveis.  Mariana Cardoso Assistente Social CRESS/PE 5260  21/01/2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 473803

Especialidade:

Data e Hora: 18/12/2018 10:54

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBULG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MARIA REGINA SILVA DE SATURNO CRM: 454849
Endereço: ALTO DA PALMEIRA Bairro: DISTRITO DE CAMARA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: MARCELANIABF
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973098238
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____
Médico do Retorno: _____
Anotações: _____

Carimbo/Médico

Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para garantir a autenticidade e a integridade do documento, o sistema gera um código de verificação único para cada documento.

28/12/18
22/12/18
21/12/18
21/12/18

Alex Firmino
Pe E
Folha 1

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA 18/12/18 HORA: _____

ASSINATURA: *[Assinatura]*





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 473731

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data e Hora: 18/12/2018 08:56

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/08/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ALTO DA PALMEIRA Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: MARCELANABF
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 973096236
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente no 2º: DPO de fratur. no
nº 1 2º: PDE

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: ()

Hem. curativo

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 30 dia Hora do Retorno:

Médico do Retorno:

Anotações:

Alex Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.724
Capim/Médico

8

OBS: Este formulário deve ser preenchido pelo paciente e entregue na recepção. Caso a solicitação de retorno seja preenchida
pelo setor administrativo, encaminhar para o agendamento tipo 2 (Retorno).

DATA	LOCAL
18/12/18	Re-E



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

FORMULÁRIO DE RETORNO

Permanência

IMIP

Nº Prontuário: _____

Nome do Paciente: Carvalho Pequeno

Data do Atendimento: 18/11/18

☐ ECG

☒ Curativo Abair

☐ Retirada de Ponto

☐ Retirada de Fio K

☐ Imobilização

☐ Psicologia

☐ Nutrição

☐ Fonoaudiologia

☐ Serviço Social

☐ Alta Ambulatorial

☐ Retorno Data: 11/11

Obs: Retornar em 30 dias

[Assinatura]

Yocel Soares
Coordenador de Enfermagem
CRM 13216



092399

senão por meio desta carta, informar
que a motocicleta envolvida no acidente
da vítima Gilvanildo Joaquim de
Santana não era de propriedade
do mesmo, e não estava emplacada,
portanto não podemos informar no
BO os dados que não possuímos.
Gilvanildo Joaquim pegou a
motocicleta do seu vizinho
empréstada. No B.O consta o
chassi e os dados da motocicleta.
Peço que prossigam com a
análise do processo
visto que o mesmo amputou
dois dedos do pé esquerdo.
Caso quiserem podem
verificar os fatos.



GILVAN JOAQUIM DE SANTANA
Recp.



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 469838
Usuário do Atendimento: LAZARONIData e Hora do Atendimento: 27/11/2018 14:48
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Prontuário: 111325

Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA

Data do Nascimento: 29/08/1975

Idade: 43 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 700103956547113

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ALTO DA PALMEIRA

DISTRITO DE CAMELA

Cidade: IPOJUCA

PE

CEP: 55595976

Fone: 973096236

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 5

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 27/11/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2019

SEGURO DPVAT

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: Fratura exposta de fêmur direitoProcedimento: Redução cirúrgica e fixação com placa e parafusosAlta em: 31/12/2018 Hora: 10:00

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Núcleo de
SAMU Hospitalar

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
12/12/18

DR. IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Fórmula Médica / Cirúrgica
18 DEZ 2018

Bruna
03/12/18
NEPI





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 469819

Senha da Classificação:

0022

Data e Hora: 27/11/2018 12:58

Paciente: 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 29/06/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome da Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO JOAQUIM DE SANTANA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS CRM: 14418
Endereço: ALTO DA PALMEIRA - PE Bairro: DISTRITO DE CAMELA
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: MARIANPG
RG (Identidade): CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão: Fone: 973096236
Cartão SUS: 700103956547113 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico há 3 horas. Refere dor e exposição ossa em pé esquerdo.

Exame Físico

ECG normal
Exposição ossa de 1º PDS; e alteração de perfis mols

Exame Diagnóstico

Fratura exposta de 1º PDS (+)
sem alteração de perfis mols de pé (+)

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

AaBwOw

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/11/2018 12:38



Nome Paciente: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/08/1975
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: 0022
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/11/2018 12:46 - 27/11/2018 12:52

ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELO SAMU DE IPOJUCA COM VITIMA DE CLISÃO CARRO X MOTO, APRESENTANDO FRATURA FECHADA EM MIE E AMPUTAÇÃO DE DEDO EM PÉ E

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8
- ESCALA DE GLASGOW: 15

Acolhido(a) por: ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/11/2018 12:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ALEX FIRMINO DOS SANTOS - 11/08/2019 16:47:55

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081116475625500000048323052>

Número do documento: 19081116475625500000048323052

Num. 49079967 - Pág. 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Givaldo Siqueira de Souza Registro: _____ Nº Atendimento: 111325
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: ORC Enfermaria: 900 Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Acidente automobilístico há 3 horas

História da Doença Atual: Paciente vítima de acidente automobilístico refere dor e exposição de parte mole do pé esquerdo.

Interrogatório Sintomático: Expondo osso no pé esquerdo



Exame Físico: ECG LOTE DAS

Deficiência de 1º 2, 3 e 4º PDS

Exames outros

Arteriais pressões 1º PDS

Antecedentes Pessoais:

Nega / Algo D. Fil. com

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Rotura exposta em 1º PDS

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

① - Infarto
② - alto risco

A. B. L. O. W.

Cabo de Santo Agostinho,

27, 11, 18.

Dra. Juliana S. de Almeida Araújo
Medica
Cirurgia
CRM-PE 10337

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Agivaldo Joaquim de Santos Registro: 111325

Clinica: _____ Enfermaria: Bloco Leito: 403-3

Data/Hora	de Serviço Social
27/11/18	Realizado atendimento social a esposa do pct., que refere que o mesmo reside com ele em Igaruaçu, com nome cliente Beatriz de Almeida. Particularidades das visitas e notícias do hospital e familiares.
	100H - Hospital Dom Helder Câmara Jardine Albuquerque Rm 1- 03 Av. Antônio Carlos 1341 CEP 51.041-100
Atendimento Nutricional Data: 29/11/18 Hora: 14:30 HS	Paciente tratado em UMS Aguardando segue de acompanhamento
Nutricionista Responsável Fabíola Almeida Nutricionista CRN 67556	
30.11.18	Hemorragia
10h	Paciente em uso de ATB, com melhora de febre. Sem queixas, não vomita. Cd: <u>ATC L. melhora de febre</u> <u>Silviana</u>
	Dr. Mariana de Almeida Araújo Médica Clínica Médica CEP 51.041-100
1.12.18	Hemorragia
10h	Paciente sem intercorrências Aguardando melhora de febre. Sem uso de ATB. PO pouco suada Cd: <u>Paciente</u> <u>Dr. Mariana de Almeida Araújo</u> <u>Médica</u> <u>Clínica Médica</u> <u>CEP 51.041-100</u>



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: B. van der Schoep de Smit Registro: _____
Clínica: fu Enfermaria: 0100 Leito: _____

Data/Hora	Assunto
27/11/12 19h	# Adunat Bom dia atencioso, devido a futuros exposições e obras que em 1º de dezembro Col. DO BUCU
28/11/18	Paciente em 1º DPO de regularização de todo o 1º PAC, com ECG, hemograma, urina, cultura, sedimento, urina, aféresis, hemoculturas da 'dota V.2, eliminação (T) medicada CP, realizado tratamento com dorado, segue aos cuidados de enfermagem.
29-11-18	# Serviço Social Realizada visita ao leito para orienta- ção quanto previdência social e sensibi- lização, a qual o mesmo não aceita exceção voluntária e assim não fazer uso abusivo de álcool.





TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002

Data: 29/11/18

Paciente: Givanildo Joaquim dos Santos Registro: 111325
 Peso Atual: 69kg Peso Habitual: AF 52cm Altura: 1,67 Idade: 43a Letto: TAD-403-3

Parte 1 - Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?	X	
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavaliar o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 - Triagem do Risco Nutricional			
Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 25-80% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Estado (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 1 NUTR PRIMÁRIO.

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2: A necessidade proteica está substancialmente aumentada e o déficit proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3: A necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Fabrizio Amorim
Nutricionista
29/11/2018

Nutritional Risk Screening - NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN para o âmbito hospitalar

Kondrup J, Allison SP, Ellis M, Veloso B, Plauth M. Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Rasilin.

Mariana Alves da Silva
Especialista em Nutrição



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 38889 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 111325 GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA Atendimento : 469838
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 638 LEITO 5 Idade : 43 Anos
Dt. Início : 27/11/2018 16:00 Dt. Fim : 27/11/2018 16:49
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 14851 REINALDO MENDES DE CARVALHO
ANESTESISTA 18197 ANA LUCIA LUCENA DE ANDRADE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD : FRATURA EXPOSTA EM HALUX E 2 PDE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% DO 1 E 2 PDE + CORTE CONTUSO EM REGIAO DA PERNA E
5. SUTURA COM COBERTURA ÓSSEA
6. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Reinaldo M. de Carvalho
Traumato - Ortopedia
CRM 14851

DR(A) : REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM : 14851

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





PACIENTE:	Ginsbield, Joaquin de Santana			DATA:	29/11/15		
CIRURGIÃO:	Dr. Rinaldo			RG:	111325		
ANESTESISTA:	Dr. R. de Lucio			AUXILIAR:	Dr. Antonio / Dr. Bruno		
CIRURGIÃO:	Dr. R. de Lucio			ANESTESIA:	Raqui		
ESTRUMENTADOR:	R. de Lucio			COORDENAÇÃO DO BLOCO:			
CIRCULANTE:	Raqui			COREN:			
ENFERMEIRA:	Daniela			HORÁRIO INICIAL:	15:00		HORÁRIO FINAL:
DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA (2)				DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA (2)			
AGULHAS 13X4,5 25X7 25X8 40X12 CARDIOPLÉGICA STIMUPLEX RAQUI 25 RAQUI 27 ATADURAS CREPE 10CM CREPE 15CM CREPE 20CM CREPE 30CM GESSADA 10CM GESSADA 15CM GESSADA 20CM CANULAS TRACHEOST 7,5 TRACHEOST 7,5 TRACHEOST 8,0 TRACHEOST 8,5 TRACHEOST 9,0 CATETER NASAL CENTRAL PVC EPIDURAL 16 SUBCLAVIA 16 PERIDURAL 17 JELCO 16 JELCO 16 JELCO 18 JELCO 20 JELCO 22 JELCO 24 LIMPADORES CLIP 100 CLIP 200 CLIP 300 CLIP 400 CURATIVOS ADAPTIC KERLIX PURILON TELA MARLEX EQUIPOS BOMBA BOMBA FOTO PISANGUE PISORO MACRO EXTENSORES 20CM 40CM 60CM 120CM LAMINAS BISTURI 11 BISTURI 12 BISTURI 15 BISTURI 20 BISTURI 22 BISTURI 24 DERMATOMO 6 LUVAS LUVA 7,5 LUVA 7,5 LUVA 8,0 LUVA 8,5 SERINGAS 1ML 3ML 5ML 10ML 20ML 60ML 60ML CATETER AVENTAL CIRUR BS. COLOSTOMIA COMPRESSAS CAPA P/ VIDEO GOLET. ABERTO GOLET. FECHADO CONEXÃO 2VIAS CONEXÃO 4VIAS ELETRODOS FILTRO UNIDIF. GAZES GELFOAM KIT CIRURGICO LATEX TORNEIRA 3VIAS PRESERV. URINA SCALP 21 SCALP 23 TRANSOFIX TRANS. PRESSAO DRENOS KHER 8 KHER 10 KHER 12 KHER 14 KHER 16 SUCCÃO 3,2 SUCCÃO 4,8 SUCCÃO 6,4 BLAKER 13FR BLAKER 24FR TORAX 20 TORAX 26 TORAX 28 TORAX 30 TORAX 32 TORAX 36 SONDAS ENTERAL 10 ENTERAL 12 ASPIRAÇÃO 10 ENDOTRAQ. 2,0 ENDOTRAQ. 2,5 ENDOTRAQ. 3,0 ENDOTRAQ. 3,5 ENDOTRAQ. 4,0 ENDOTRAQ. 4,5 ENDOTRAQ. 5,0 ENDOTRAQ. 5,5 ENDOTRAQ. 6,0 ENDOTRAQ. 6,5 ENDOTRAQ. 7,0 ENDOTRAQ. 7,5 ENDOTRAQ. 8,0 ENDOTRAQ. 8,5 ENDOTRAQ. 9,0 FOLEY 3VIAS 14 FOLEY 3VIAS 16 FOLEY 3VIAS 18 FOLEY 3VIAS 20 FOLEY 2VIAS 06 FOLEY 2VIAS 08 FOLEY 2VIAS 10 FOLEY 2VIAS 12 FOLEY 2VIAS 14 FOLEY 2VIAS 16 FOLEY 2VIAS 18 FOLEY 2VIAS 20 NASO 10 NASO 12 NASO 14 NASO 16 NASO 18 NASO 20 NASO 22 URETRAL 4 URETRAL 6 URETRAL 8 URETRAL 10 URETRAL 12 URETRAL 14 URETRAL 16 URETRAL 18 URETRAL 20 FIOS CIRÚRGICOS ALGODÃO 0 ALGODÃO 2-0 ALGODÃO 3-0 FITA CARDIACA CROMADO 0 CROMADO 1 CROMADO 2-0 CROMADO 3-0 CROMADO 4-0 SIMPLES 2-0 SIMPLES 3-0 SIMPLES 4-0 SIMPLES 5-0 NYLON 2-0 NYLON 3-0 NYLON 4-0 NYLON 5-0 NYLON 6-0 NYLON 8-0 NYLON 9-0 NYLON 10-0 POLIESTER 2 POLIESTER 2-0 POLIESTER 3-0 POLIESTER 4-0 POLIESTER 5 PROLENE 0 PROLENE 2 PROLENE 2-0 PROLENE 3-0 PROLENE 4-0 PROLENE 5-0 VICRYL 0 VICRYL 1 VICRYL 2-0 VICRYL 3-0 VICRYL 4-0 CERA P/OSSEO MARCAPASSO VALVEKIT SEDA 2-0 SEDA 3-0 MONOCRYL 3-0 MONOCRYL 4-0 SURGIGEL 5X75 AÇO 1 AÇO 4 AÇO 6							

CÓD. 38407



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIUM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCEETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICERÍDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DIBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILOX 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Santana Ciracilda Joaquim de Data: 27/11/18 Hora: 15:30 Registro: 111325
Convênio: SUS Leito: --- Pac: --- Altura: ---

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Ricardo Anestesiologista: Dr. João Lucas
Auxiliar: Dr. Santana 2º Auxiliar: Dr. Chuma Instrumentador: Thiállen

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Prost. de Lap. gástrica 1.2. Ad. e sutura Início: 16:00 Término: 16:35
Anestesia: Raqui Início: 16:45 Término: 16:33

4 - PRE-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (X) Regular () Grave () Coma
Nível de Consciência: (X) Orientado (X) Consciente () Sonolento ()
Respiração: (X) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim (X) Não
Chegou no CC em uso de: Ureca dto

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Letal () Dorsal (X) Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Eletro (Ultrassônico) () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local de Placa () Intensificador ()
Carro de Anestesia (X) Difusor () N° ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início () Término ()
Protótipo () Início () Término ()
Gás Carbônico () Início () Término ()
Outros: ---

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: --- CIRURGIA: ---

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (X) - Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (X) S. Intensiva () LICOR () UTI () APF () Residência ()

Data: 27/11/18 Hora: 16:45 Enfermeiro: Daniel Circulante: Raquel

CÓD. 35507





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Antonio de Santana Leito da SRPA: 03
Data: 21/11/18 Hora: 10:50 Registro: 212385
Leito de origem: 403-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Prostetização de joelho direito
Tipo de anestesia: Torácica
Equipe: Dr. João Carlos Anestesista: Dr. Ana Júlia

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 136 x 64 mmHg FR: _____ p/min FC: 43 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	131 x 54	130 x 57	105 x 60	114 x 67	113 x 63	
FR						
FC	58	63	69	70	65	
SaPO2	98%	100%	99%	100%	98%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA 18:50 sem furo
Sinais vitais: PA: 116 x 69 FR: 14 SaPO2: 100% Glasgow: 15

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

Data: _____ Horário: 18:50 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Dr. Spencer CRM: 1588

CÓD. 38398





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
HMP Hospitalar
CNPJ: 08.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
HMP HOSPITALAR
CNPJ: 08.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 111328

Nome: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Mãe: AUREA RODRIGUES DA SILVA

End.: ALTO DA PALMEIRA

Enferm.: LEITO 5

Atendimento: 469535

Leito: 638

Di.Cad: 27/11/2018

Dt. Nas: 29/06/1975

Bairro: DISTRITO DE CAMELA

Cidade: IPOJUCA

CNS: 70010395547113

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

☐ O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

- ☒ Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado

- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)

- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Regulariz. foto

[Assinatura]

COPIA DE LAUDO



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Outros	
	() Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
11. Choque Hipovolêmico ✓	() Outros	
	() Aferir sinais vitais a cada 15 / 15 min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
12. Risco de Infecção ✓	Outros	
	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: F.O.; AVP	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	 ENFERMEIRO(A) - N -	 TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	 TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
--	--	---	---

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		GESTÃO  IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Gina Maria de Jesus de Santana</u>		Registro: <u>111225</u>	Leito: _____
Procedimento cirúrgico: <u>Apêndice 2 P&V</u>		Data: <u>23/11/18</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade (<u>/</u>)	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____		
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☐ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros _____		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ outros _____		
4. Dor (<u>/</u>) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros _____		
5. Integridade tissular prejudicada (<u>/</u>)	☐ Descrever características da lesão ☐ Realizar curativo a cada ____/____h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24h</u> ☐ Outros _____		
6. Sangramento (<u>/</u>) Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros _____		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____		

CÓD. 38605



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 25/06/19

Nº PRONTUÁRIO: 111325

NOME DO PACIENTE: Givanildo Freire

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Amputação do Hálux (E)

CID: S92.4

OBS.: paciente submetido a amputação do Hálux e com tumoração no quadril em investigação.

Nº DIAS _____ AFASTAMENTO DO TRABALHO


Assinatura do Médico
Carimbo

COD. 38391

EXCELSIOR SEGUROS
26 JUN. 2019
SEGURO DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 044.410.354-62 Nome completo da vítima: Givanildo Joaquim de Santana
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Givanildo Joaquim de Santana CPF: 044.410.354-62
Profissão: Novo Estado: Eng. Sibirol Número: 1 Complemento: _____
Bairro: Eng. Sibirol Cidade: Serunhaem Estado: PE CEP: 555.80.000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 81 8974-1115

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Servem para os bancos citados. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0659 9 CONTA: 35952 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Última teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 3 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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



Local e Data: Recife - 22-01-2019

Nome: Elisângela L. da Silva

CPF: 103.092.374-40

Elisângela L. da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Luís Roberto dos Santos Silva

CPF: 102.681.774-90

Luís Roberto dos Santos Silva

Assinatura

2ª Nome: João Manoel de Sousa Silva

CPF: 111.642.374-22

João Manoel de Sousa Silva

Assinatura

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2019

SEGURO DPVAT



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 4020-1595 (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 05. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190097399
Vítima: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
Data do Acidente: 27/11/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00143000144 - Carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14300011

Scanned with CamScanner





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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190097399

Vítima: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 00381/00303 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14340100

Scanned with CamScanner





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 4020-1586 (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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190097399

Vítima: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

Recebedor: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 237

Agência: 000000659-9

Conta: 0000035952-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Quer retomar 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

Scanned with CamScanner



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
Nº Sinistro: 3190097399
GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
Data do Acidente: 27/11/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o número de sinistro 3190097399.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00000000 - artm_00 - INVALIDEZ



Carteira nº 34518088



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190097399 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

CPF/CNPJ: 04441035462

Posição em 26-07-2019 18:36:19

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Valor da Indenização	Valor da Despesa com Honorários	Valor da Taxa de Administração
05/06/2019	R\$ 2.700,00	R\$ 0,00
		R\$ 2.700,00

Processo de Indenização em andamento

Processo	Descrição	Valor
04/07/2019	Reanálise de processo - Conduta mantida	
12/06/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
22/05/2019	Interrupção de Prazo	
15/05/2019	Exigência Documental	
14/03/2019	Exigência Documental	
07/02/2019	Aviso de Sinistro	
07/02/2019	Exigência Documental	

Scanned with CamScanner



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190097399

Vítima: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0031100512 - carta_03 - INVALIDEZ

Carta nº 13907497



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Cobranças de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041809/19
Número do Sinistro: 3190097399
Vítima: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
CPF: 044.410.354-62
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A
Data do acidente: 27/11/2018
Titular do CPF: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 26/06/2019
Nome: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA
CPF: 044.410.354-62

GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Scanned with CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041809/19

Número do Sinistro: 3190097399

Vítima: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

CPF: 044.410.354-62

Seguradora: Sabem! Seguradora S/A

Data do acidente: 27/11/2018

Titular do CPF: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019

Nome: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

CPF: 044.410.354-62

GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

3087-9200

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ALEX FIRMÃO DOS SANTOS - 11/08/2019 16:47:58

<https://pje.trf4.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081116475866100000048323180>

Número do documento: 19081116475866100000048323180

Num. 49080245 - Pág. 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041803/19

Vítima: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

CPF: 044.410.354-62

Seguradora: Sabermi Seguradora S/A

Data do acidente: 27/11/2018

Titular do CPF: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Bolém de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA : 044.410.354-62

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

3190097399

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/02/2019

Nome: GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

CPF: 044.410.354-62

GIVANILDO JOAQUIM DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019

Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

CPF: 097.619.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

30879220

3087-9222

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

Scanned with CamScanner

