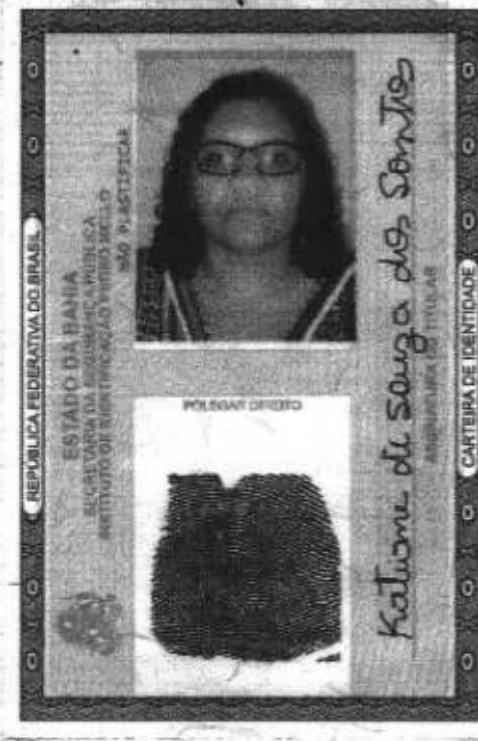


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

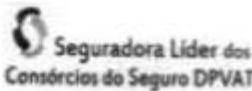
23 JUL 2019

Geato Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 845.575.915-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

Autorização de pagamento

Comprovante de residência



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/07/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

Data do cadastramento: 23/07/2019

Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Luciana Alves Neves

00000000

Declaracão

Eu Katiene de Souza dos Santos, residente na Rua 04 N° 27. Ad. N° 24, declaro que sofreu um acidente de moto no dia 08 de abril de 2019 na cidade de Sobradinho/BA, e quei corpos e permanentes sequelas.

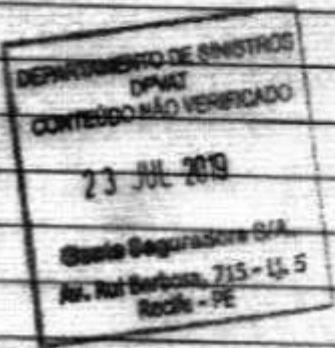
Informo que tentei por varios meios localizar o proprietário da moto entalhada a qual eu estou pilotando; Placa NZR 9985 Honda CG 150 em nome de Fernando Santos de Souza, informo que não tenho condições financeiras de ficar procurando por essa pessoa visto que estou muito debilitada e sem condições de estar andando.

Sobradinho 29 de junho de 2019

Katiene de Souza dos Santos



ANNE CAROLINE SILVA PEREIRA
Escrivane
Tabelionato Sobradinho-BA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443458 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19
LATERALIDADE DIVERGENTE EM ALGUNS DOCUMENTOS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443458 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS
RG/CNH/CTPS: 1338517538 CPF: 845.575.915 - 15
End: Rua 04 N° 27 ad. N24 - São Joaquim
SOBRADINHO - BA - 48925-000

Outorgado: Marcus Antônio Albuquerque DE SOUZA
RG/CNH/CTPS: 3907844 CPF: 772.869.954-72
End: Rua Conquistador - 226 - Praia Branca
PETROLINA - PE 56330-035

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima**:
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS - natureza INVALIDEZ
Data presente: 08/04/2019

SOBRADINHO, 07 de Julho de 2019.



Katiane de Souza dos Santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RS
REBECA SANTOS
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE SOBRADINHO/BA
Av. Antônio H. Guedes, 4-26, N° 13-B, Centro, Sobradinho/BA - CEP: 46125-000
TEL: (71) 3888-0782 | e-mail: rebeca.santos.tabelionato@gmail.com | Telefax: Policia Militar/ 0800-282-0000

Reconhecimento por autenticidade a(s) firma(s) de KATIANE DE SOUZA
DOS SANTOS L.003 F.3

Anne Caroline Silva

Em testemunho da verdade: Anne Caroline Silva
Ferreira, Escrivente Autorizada - Sobradinho - BA
3/7/2019. Valor do Ato: R\$ 5,00 Emol: R\$ 2,42 Taxa:
R\$ 2,58

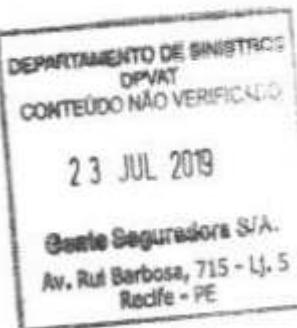
2057.AB067024-9
SELO RECONHECIMENTO
www.tibe.jus.br/autenticidade



ANNE CAROLINE SILVA FERREIRA

Escrivente

Tabelionato Sobradinho-BA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

CPF: 845.575.915-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/07/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

Data do cadastramento: 23/07/2019

Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Luciana Alves Neves

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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443458

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 09 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190443458**

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 3548

Conta: 0000012385-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

3 - CPF da vítima: 845 575 915-15

4 - Nome completo da vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS 6 - CPF: 845 575 915-15
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua 04 9 - Número: 27 10 - Complemento: Ed. 24
11 - Bairro: SÃO JOSÉ VIM 12 - Cidade: SORRINHO 13 - Estado: BA 14 - CEP: 48925-000
15 - E-mail: (81) 995024368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3548

CONTA: 12385

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valente):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não						<input type="checkbox"/> Não

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

DECRETAMENTO DE SINISTROS

DPVAT
CORTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Assinatura da testemunha

0000 Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - 15 - 5

Recife - PE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

PETROLINA, 29 de junho de 2019

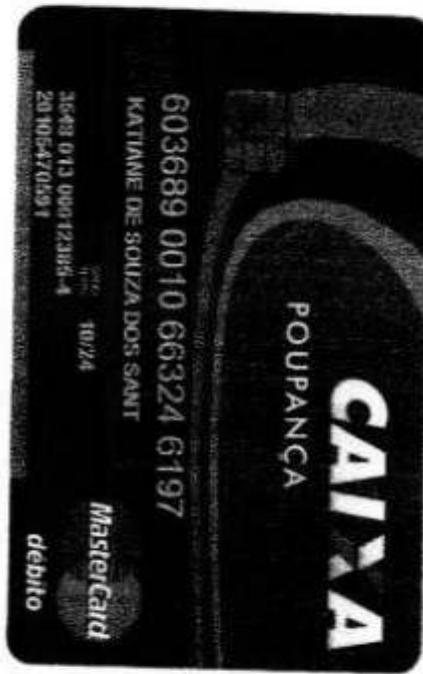
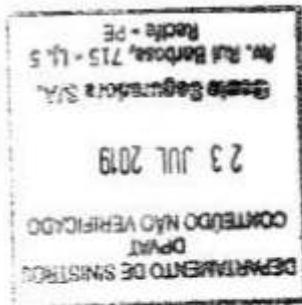
Katiane de Souza dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO

536388

Boletim de Ocorrência

Número: 17ºCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17º COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 17º COORPIN - SOBRADINHO

Servidor: 750171564 - RUBENS GOMES DOS ANJOS

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data: 08/04/2019 às 07:00h

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, QUE EM DATA E HORA ACIMA CITADOS, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO PAS/MOTOCICLO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2012/2012, DE COR PRETA, PLACA POLICIAL NZR-9985-SOBRADINHO-BA, CHASSI Nº 9C2KC1670CR522221, EM NOME DE FERNANDO SANTANA DE SOUZA, CONFORME CÓDIGO RENAVAM 458492340, VEIO A COLIDIR EM UMA OUTRA MOTO DE PLACA, CONDUTOR E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE. SEGUNDO A COMUNICANTE, NO MOMENTO DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE COMO CARONA A SUA GENITORA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, SENDO AMBAS SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SOBRADINHO-BAHIA, EM SEGUIDA TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TRAUMAS E URGÊNCIAS DE PETROLINA-PE, COM LESÕES CORPORAIS. É O REGISTRO.

Endereço Principal: Rod. BA 210, CONTORNO DA INTEGRAÇÃO DA SAÍDA , VILA SÃO FRANCISCO, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

ADRIANO EVANGELISTA MARTINS, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27 , QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Envolvimento

Testemunha

FRANCISVALDO, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27 . QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Testemunha

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 07787214-26 SSP/BA, Sexo Feminino, Mão: MARIA PEREIRA DE SOUZA, Pai: ANASTÁCIO BISPO DE SOUZA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Juazeiro (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 14/04/1958, Viúvo(a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,67m, Cabelo: Pretos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Carapinha, Heterossexual, Endereço: R. 04, Nº 27 .

Vítima (Fato Não Delituoso)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17^ºCRPN SOBRADIN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17^a COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Pessoa Física	Envolvimento
QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Religião: Catolicismo	
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 13385175-38 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Pai: BENTO DOS SANTOS NETO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Embu (SP) - SÃO PAULO - BRASIL, Nascido em: 02/02/1982, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,60m, Cabelo: Castanhos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Encaracolado, Heterossexual, Peculiaridade: Usa Óculos, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Telefone Celular: 74988598354, Telefone Residencial: 74988598354, Religião: Catolicismo	Comunicante

- Responsável: EDUARDO ALVES SOUZA 9602-7141 **EDUARDO ALVES SOUZA** EDUARDO ALVES SOUZA

Código de autenticidade da certidão: f1426311-ac67-48a7-92f3-d4486a0d74bf

Para verificar a autenticidade desta certidão

acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

147

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

卷之三

Número: 17°CRPN SOBRADIN-BO-19-00523

Verificar autenticidade ocorrência

Sua certidão é valida



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

3 - CPF da vítima: 845 575 915-15

4 - Nome completo da vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS 6 - CPF: 845 575 915-15
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua 04 9 - Número: 27 10 - Complemento: Ed. 24
11 - Bairro: SÃO JOSÉ VIM 12 - Cidade: SORRADINHO 13 - Estado: BA 14 - CEP: 48925-000
15 - E-mail: (81) 995024368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3548

CONTA: 12385

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? teve filhos? nascituro (valente)? teve irmãos?

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

DECRETAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CÓRTE CÓDIGO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha



192 FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS

SOBRADINHO
Aeroporto de Sobradinho - DF

CHAMADA (TATUM)	Nº DATA 08/04/19		HORA 07:30					
	Medico(a) Regulador(a): MOTIVO <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OUTROS		TARM					
Solicitante: Telefone:								
SOCORRO (TARM)	TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE		OBS.				
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	Fratura de Tíbia e Fíbula (EXPOSTA)		02 100% exposta				
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO			100% postural				
	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO			Aggravado				
Nota: comprovo Enseguem onde se encontra o paciente								
PACIENTE (TARE)	Katiame de Souza dos Santos		<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	37 ANOS				
	BA 210		Ponto de referência					
AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA DISTÂNCIA (Estado Regulador)	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA			
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Convulsionou <input type="checkbox"/> Relaxou Esfinctores <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Resp. normalmente <input type="checkbox"/> Resp alterada <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Não respira <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Sem Pulso <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Ouvido <input type="checkbox"/> Nariz / Boca <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Torácica / Abdominal em idoso <input type="checkbox"/> Outro			
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Aborto		<input checked="" type="checkbox"/> Trauma	Tipo: Perna E Perna E				
	GRAVIDADE PRESUMIDA		<input type="checkbox"/> REPO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB I	<input type="checkbox"/> USB II	<input type="checkbox"/> USB III	<input type="checkbox"/> USB IV			
	MORANDO:	Consumo	Ponto	Local	Período do local	Destino	Retorno	Base
	EQUIPE	Diego MÉDICO(A)	Jago ENFERMEIRO(A)	Aline TÉCNICA	Bróz CONDUTOR			



NIVEL DE CONSCIÊNCIA: P.V.		AO:	EST. DOL:
<p>PA: PELE: <i>160x100 mmHg, Fe = 92 bpm, SPO₂ = 98%</i></p>			
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO <input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO		LESÕES: <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO _____ % ÁREA QUEIMADA	
CABEÇA:			
PESCOÇO:			
TÓRAX:			
OUTRAS CONDUTAS:			
GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> CLINÉFRO <input type="checkbox"/> MATERNIDADE MUNICIPAL <input type="checkbox"/> REGIONAL <input type="checkbox"/> SANATÓRIO <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> HUT <input type="checkbox"/> SOTE <input type="checkbox"/> OUTRO <i>HMMAT</i> <input type="checkbox"/> NÃO REMÓVIDO		<input type="checkbox"/> PRÓ MATRE <input type="checkbox"/> SÓ BABY
	<i>Dr. Diego Gonçalves Carneiro</i> MÉDICO CRM-BA 28609		
Assinatura e Cartório do Médico (Unidade de Destino) Assinatura e Cartório do Médico (Unidade de Destino)			
APOIO	<input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
	<input type="checkbox"/> CANCELADO NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL <input type="checkbox"/> RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> REM. POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> OUTRO _____		
TÍTULO DE RECUSA	Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU / Juazeiro nesta oportunidade: Assinatura do paciente ou responsável: _____		



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03548

CONTA: 000000012385-4

Nr. da Autenticação E636468AA3734DB1



COELBA

Tariffa Social de Energia Elétrica Oferecida pela Luf 11/04/2018, da 28/03/2018

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
VALIDA PARA USO ATÉ 15/04/2025

Comissão de Eleitoração do Estado da Bahia
Av. Edmundo Teixeira, 300 - Cidade Vil - Salvador - BA - CEP: 41198-000
CNPJ: 15.139.529/0001-94 | Insc. Est. BA/00000000 | www.cedeb.com.br

DATA DO SISTEMA

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
FIA ESCOLA MARIA RIBEIRO

CPF 505 733 845-15

CLASSIFICACIÃO

EL PRESIDENTE
HERNÁNDEZ

345226733 UNICA 140802018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 04 CDA N 24 27

VILA SAO JOAQUIM/SOBRADINHO
SOBRAE INHO BA
ABRIL/2015

0009C92935 06/2019
15/07/2019 16/07/2019
65 94

DESCRIÇÃO DA MOTA FINCA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Desenv Alvo(MK)	76.000000	0,00461954	01,15
Adesivo Bandeira AMARELA			0,00
Cartão Item. Política Municipal			4,23

RESUMO DE TRABALHOS				RESUMO DE TRABALHOS		
Mês/Ano	DATA DE CALCULO	% SEPARADO	VALOR DO SEPARADO	Geração de Energia	% CONSUMO	VALOR
JUN15				Transmissão	10	10,00
JUL15				Distriuição (Custo)	10	2,47
AGO15				Perda de Energia	10	10,27
SET15				Desperdício Eletrônico	10	4,94
OUT15				Desperdício Mecânico	10	1,97
NOV15				Total	10	10,38
DEZ15						100%
JAN16						
FEB16						
MAR16						
ABR16						
MAY16						
JUN16						
JUL16						
AGO16						
SET16						
OUT16						
NOV16						
DEZ16						
JAN17						
FEB17						
MAR17						
ABR17						
MAY17						
JUN17						
JUL17						
AGO17						
SET17						
OUT17						
NOV17						
DEZ17						
JAN18						
FEB18						
MAR18						
ABR18						
MAY18						
JUN18						
JUL18						
AGO18						
SET18						
OUT18						
NOV18						
DEZ18						
JAN19						
FEB19						
MAR19						
ABR19						
MAY19						
JUN19						
JUL19						
AGO19						
SET19						
OUT19						
NOV19						
DEZ19						
JAN20						
FEB20						
MAR20						
ABR20						
MAY20						
JUN20						
JUL20						
AGO20						
SET20						
OUT20						
NOV20						
DEZ20						
JAN21						
FEB21						
MAR21						
ABR21						
MAY21						
JUN21						
JUL21						
AGO21						
SET21						
OUT21						
NOV21						
DEZ21						
JAN22						
FEB22						
MAR22						
ABR22						
MAY22						
JUN22						
JUL22						
AGO22						
SET22						
OUT22						
NOV22						
DEZ22						
JAN23						
FEB23						
MAR23						
ABR23						
MAY23						
JUN23						
JUL23						
AGO23						
SET23						
OUT23						
NOV23						
DEZ23						
JAN24						
FEB24						
MAR24						
ABR24						
MAY24						
JUN24						
JUL24						
AGO24						
SET24						
OUT24						
NOV24						
DEZ24						
JAN25						
FEB25						
MAR25						
ABR25						
MAY25						
JUN25						
JUL25						
AGO25						
SET25						
OUT25						
NOV25						
DEZ25						
JAN26						
FEB26						
MAR26						
ABR26						
MAY26						
JUN26						
JUL26						
AGO26						
SET26						
OUT26						
NOV26						
DEZ26						
JAN27						
FEB27						
MAR27						
ABR27						
MAY27						
JUN27						
JUL27						
AGO27						
SET27						
OUT27						
NOV27						
DEZ27						
JAN28						
FEB28						
MAR28						
ABR28						
MAY28						
JUN28						
JUL28						
AGO28						
SET28						
OUT28						
NOV28						
DEZ28						
JAN29						
FEB29						
MAR29						
ABR29						
MAY29						
JUN29						
JUL29						
AGO29						
SET29						
OUT29						
NOV29						
DEZ29						
JAN30						
FEB30						
MAR30						
ABR30						
MAY30						
JUN30						
JUL30						
AGO30						
SET30						
OUT30						
NOV30						
DEZ30						
JAN31						
FEB31						
MAR31						
ABR31						
MAY31						
JUN31						
JUL31						
AGO31						
SET31						
OUT31						
NOV31						
DEZ31						
JAN32						
FEB32						
MAR32						
ABR32						
MAY32						
JUN32						
JUL32						
AGO32						
SET32						
OUT32						
NOV32						
DEZ32						
JAN33						
FEB33						
MAR33						
ABR33						
MAY33						
JUN33						
JUL33						
AGO33						
SET33						
OUT33						
NOV33						
DEZ33						
JAN34						
FEB34						
MAR34						
ABR34						
MAY34						
JUN34						
JUL34						
AGO34						
SET34						
OUT34						
NOV34						
DEZ34						
JAN35						
FEB35						
MAR35						
ABR35						
MAY35						
JUN35						
JUL35						
AGO35						
SET35						
OUT35						
NOV35						
DEZ35						
JAN36						
FEB36						
MAR36						
ABR36						
MAY36						
JUN36						
JUL36						
AGO36						
SET36						
OUT36						
NOV36						
DEZ36						
JAN37						
FEB37						
MAR37						
ABR37						
MAY37						
JUN37						
JUL37						
AGO37						
SET37						
OUT37						
NOV37						
DEZ37						
JAN38						
FEB38						
MAR38						
ABR38						
MAY38						
JUN38						
JUL38						
AGO38						
SET38						
OUT38						
NOV38						
DEZ38						
JAN39						
FEB39						
MAR39						
ABR39						
MAY39						
JUN39						
JUL39						
AGO39						
SET39						
OUT39						
NOV39						
DEZ39						
JAN40						
FEB40						
MAR40						
ABR40						
MAY40						
JUN40						
JUL40						
AGO40						
SET40						
OUT40						
NOV40						
DEZ40						
JAN41						
FEB41						
MAR41						
ABR41						
MAY41						
JUN41						
JUL41						
AGO41						
SET41						
OUT41						
NOV41						
DEZ41						
JAN42						
FEB42						
MAR42						
ABR42						
MAY42						
JUN42						
JUL42						

INFOGRAPHICS: JEFFREY GOLDBERG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSVAT
DOCUMENTO NÃO VERIFICADO

23.11.2019

Caixa Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 - Lt. 5
Porto Alegre - RS

DURACAO E FREQUENCIA DAS INTERAÇOES				
GRUPO SOCIOECONÔMICO	MESES INTERVISTADOS	MESES INTERVISTADAS	MESES INTERVISTADAS	MESES INTERVISTADAS
ME	0,30	4,39	12,86	34,32
PI	1,00	3,30	4,80	12,30
PII	0,30	2,34	6,00	12,00

VALORES DE REFERÊNCIA		
TENSÃO ESTRUTURAL DO	LIMITE DE VARIAÇÃO DE	
220	202	231

CONTA CONTRATO 0009952535 MÊS/ANO 08/2019 DATA DE REFERÊNCIA 15/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 65,94





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - NUM. - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56384-440

DADOS DO CLIENTE

SEBASTIAO CARLOS HANGABEIRA FERREIRA
R. DA CANAFISTOLA, N. 00226 - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633
0-035
INSCRICAO: 111.860.339.0016.980 GRUPO: 18 DEB. AUTOMATICO: 018660814

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11U157642	DATA LEIT. ANTERIOR 14/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 13/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO

ÁGUA:

LEIT ANT: 2527 CONSUMO:37
LEIT ATU: 2564
LEIT FAT: 2564

ESGOTO:

LEIT ANT: VOLUME: 37
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019	27	/27	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
				EXIG. PORT MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
05/2019	36	/36	TURBIDEZ	130	130	128
02/2019	32	/32	COR APARENTE	130	130	125
01/2019	25	/25	CLORO RESIDUAL	130	130	130
12/2018	33	/33	COLIF. TOTAIS	130	130	125
11/2018	29	/29	E. COLI	130	130	130
MÉDIA:	30	/30				

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	10 M3	47,40
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3	10 M3	56,30
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3	7 M3	54,25

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 33,04 POR UNIDADE	10 M3	33,04
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,79 POR M3	10 M3	37,92
21 M3 A 30 M3 - R\$ 4,50 POR M3	10 M3	45,00
31 M3 A 50 M3 - R\$ 6,20 POR M3	7 M3	43,40

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PS COFINS	358,65	1,65	5,92
	358,65	7,68	27,26

VENCIMENTO: 05/07/2019

TOTAL A PAGAR: 358,65

MENSAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

State Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CUNHA
 Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772869954, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
TRATIAME DE SOUZA DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 845 575 915, 15
 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TRATIAME DE SOUZA DOS SANTOS
 Inscrito (a) no CPF sob o Nº 845 575 915, 15 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Confissão</u>	Número:	<u>226</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ANITA BRANCA</u>	Cidade:	<u>PETROLINA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	<u>tel.(DDD): (81) 995024368</u>			

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gestão Seguradora S/A.
 Av. Ruf Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	LEITO:	Nº CÓDIGO SUREM:
	DATA: 08/10/19	HORA: 07:30

I D E N T I F I C A C Ã O	Nome: <u>Katiane de Souza dos Santos</u>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		
	Nº Cartão do SUS: <u>700002915859860</u>	Regulação: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
	Data de nascimento: <u>02/02/92</u>	Idade: <u>37</u>	Naturalidade: <u>Embu das Artes</u>	UF: <u>SP</u>
	Filiação: Pai <u>Bento dos Santos Neto</u>			
	Mãe: <u>Ana Maria de Souza dos Santos</u>			
	Raça / Cor: Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/>			
	Nº do RG: <u>13.385.175-38</u>	Órgão Exp. _____	UF _____	Data de emissão: _____ / _____ / _____
	Nº Cert. de Nasc.: _____	Nº Livro _____	Nº Folha _____	Data de emissão: _____ / _____ / _____
	Telefones: () _____			
	Endereço (Rua / Av. Qd): _____			
Bairro: _____	Cidade: _____	<div style="text-align: right; font-size: small; margin-top: 10px;"> <i>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT NÃO VERIFICADO 23 JUL 2018 ESTADO DE PERNAMBUCO Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5 Recife - PE</i> </div>		
Responsável: _____				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/>				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho Amarelo Verde Azul

HISTÓRICO PATOLÓGICO:

HAS: DM: OUTRA COMORBIDADE: NÃO: SIM: QUAL?: _____

Gestante Pediátrico Psiquiátrico Idoso Alergia SIM NAO

SINAIS VITAIS

P.A. 160 x 100 mmHg T= °C PULSO= bpm RESP. rpm

PESO: _____ kg. HGT: 367 mg/dl BCF: _____

ALÉRGICO A:
Madeira

HISTÓRICO:

2015-05-08 10:00:00 2015-05-08 10:00:00 T100 = FIG14

542

AVV 262 et 25

Entire 32 *

EVOLUÇÃO MÉDICA

P. $t_2 = 3250$ min.

20112 Province

Passim

③ Geography for 3

Tran 100, 100

J. F. Miller, Journal

Dr. Hugo Gutiérrez
Méndez
CRM-EN-2669

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2326419 **Abertura:** 08/04/2019 09:19

Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS - Idade: 37a. - Sexo Feminino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO **Unid. Origem:** HOSPITAL MUNICIPAL DE SOBRADINHO - BA

Município: Sobradinho

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Justificativa da Transferência: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA/ FIBULA

Complemento da Solicitação: REALIZAR TRANSFERÊNCIA; VAGA ZERO; RETENÇÃO DA MACA; PARA HU/UNIVASF ; ORTOPEDIA ; DR. LUIZ OTÁVIO CIENTE (Demetrio Gregorio Ribeiro - N° Cons.: 28017 - CRIL - 08/04/2019 09:23:15)

Resumo Clínico:  RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, VITIMA DE COLISAO (MOTO X MOTO), APRESENTANDO EXPOSIÇÃO OSSEA, FRATURA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA.
ACV: RCR EM 2T
AR: MV+ S/RA
ABD: GLOBOSO, RHA+
PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
FEITO ANALGESIA

- LISTA DE PROBLEMAS:
GUSTILHO 3A - Ativo - Susp. Diag.: GUSTILHO 3A
- EVOLUÇÃO: FRATURA DE TIBIA E FIBULA, EXPOSIÇÃO OSSEA.
- DADOS VITais:
FC:75
FR:19
PAS:160
PAD:100
- MAIS INFORMAÇÕES:
SUP, VENT, Ar Ambiente
GLASGOW:15
- MEDICAMENTOS EM USO:
Sem DROGAS VASOATIVAS
Sem SEDATIVOS
Sem ANTIBIÓTICOS
Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO/LAUDO DE OUTROS EXAMES
ECG: Sem Exame
Ecocardio: Sem Exame
RX: Sem Exame
USG: Sem Exame
TC: Sem Exame
RNM: Sem Exame
Sem Outros Exames
QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção
MÉDICO RESPONSÁVEL: DIEGO GONÇALVES CARNEIRO - N° Cons.: 28609 / CREMEB
Informado por Eliane de Lima Melo - HMS em 08/04/2019 09:19:48

Hipótese do Diagnóstico (CID)

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Encaminhamento

08/04/2019 09:23

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

Prof. Reg.: DEMÉTRIO GREGÓRIO RIBEIRO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicitud: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Ambulância:



Ficha de Atendimento - Emergência

Net A&H

— DADOS DO PACIENTE —

Prontuário: 50006030

Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Endereço: QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM / SOBRADINHO (BA)

CNS: 700002195859800

Doc. Identificação:

Nasc.: 02/02/1982 Idade: 37

Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MÉDICO

*Paciente vítima de acidente
de trânsito. Internado desde
esta manhã no MCT.
Presente: puncionar no nariz
e/ou intercâncer
do bloco cíngulo
ATB maior*

*Marco André Queloz
07/07/2015*

*Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUC/UFASF/EBSERH*



*DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019*

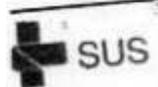
*Caixa Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 713
Recife - PE
Hora: _____*

Ass. Paciente: _____

Saida: _____ / _____

Data de Impressão: 08/04/2019

Hora: 11.29



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	2 - CNES					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS	6042414					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS	4 - CNES					
Identificação do Paciente	6 - ACOMPANHANTE					
5 - NOME DO PACIENTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS	7 - PRONTUÁRIO 50006030					
8 - CNS 700002195859800	9 - RG 84557591515	10 - CPF 84557591515	11 - NASCIMENTO 02/02/1982	12 - SEXO F	13 - RACA/COR PARDA	14 - REGULÁVEL NÃO
15 - NOME DA MÃE ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS	16 - TELEFONE DE CONTATO (87) 988417219					
17 - NOME DO RESPONSÁVEL	18 - ETNIA	19 - TELEFONE DE CONTATO				
20 - ENDEREÇO QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM	22 - CÓD IBGE 2930774	23 - UF BA	24 - CEP 48925000			
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SOBRADINHO	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Estado Pernambuco S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
UNIVASF, 9.9.2012

Dr. Cícero Lima Lopes
Onopediata / Ortopedista
CRM-PB 15308 / CRMEPE 40050500

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	30 - CID 10 S82.2	31 - CID 10 C. ASSOCIADAS	32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	34 - CLÍNICA	35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	36 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) 3963585439	38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CÉCILIO DE LIMA LOPES	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/04/2019	40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO 15936/CREMEEPE
---	----------------------	---------------------------	--	--------------	----------------------------	-----------------------------------	--	---	--	---

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	44 - CNPJ DA SEGURADORA	45 - N. BILHETE	46 - SÉRIE
47 - CNPJ EMPRESA			48 - CNAE EMPRESA		
50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			49 - CBOR		

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR	52 - CÓD. ORGÃO	53 - DOCUMENTO () CNS () CPF	54 - NÚMERO DOCUMENTO (COPIA DO MÉDICO AUTORIZADOR CR: 520-27-Verde	55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO 20-04-19	56 - ASSINATURA E CARIMBO (PRESA) 8228 PE
-----------------------------	-----------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	---

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 26010637 104
--

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS Chegada: 08/04/2019 11.06.45
 Sexo: MASCULINO Idade: 37
 Transporte: OUTROS Data de Nascimento: 02/02/1982

Classificação de Risco

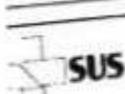
Queixa Principal:	REGULADO ORTOPEDISTA: FRATURA EXPOSTA EM MIE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO HÁ 4 HS								
Fluxograma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES				Discriminador: FRATURA EXPOSTA				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Ritmo:		Escala de Coma de Glasgow:		Sat O2 (%):		
	Pulso								
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		5	PA			
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO	
Fluxo Interno:	ORTOPEDISTA								
Classificador:	TAMARA CRISTINA LOIOLA		COREN / CRM: 184758 PE		Hora de Início CR: 08/04/2019 11.17.39		Hora de Fim CR: 08/04/2019 11.19.11		
Reclassificação									

Queixa Principal:

Fluxograma:	Discriminado								
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Ritmo:		Escala de Coma de Glasgow:		Sat O2 (%):		
	Pulso								
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		PA				
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO	
Fluxo Interno:									
Classificador:			COREN / CRM:		Hora de Início CR: : :		Hora de Fim CR: : :		
Reclassificação									



Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU/UNIVASF / EBSERH
219.2962


 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raimar de Souza das Santos

E - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

13 - N.º HABITACIÓN

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

 Paciente com dor na perna
noto.

6 - DATA DE NASCIMENTO

9 - GÊNERO
MASC 1 FEM 3

100

12 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP



JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

 Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASE / EBSERH
SANTOS-SP-2019-2962

 0408050500 (5822)
0408060379

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

582.7

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - 14.5

Recife - PE

SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
(CNS) () CPF

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/04/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - 1 ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - 1 ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - CRON

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - N.º DO PRONTUÁRIO

48 - DOCUMENTO
(CNS) () CPF

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - N.º DO PRONTUÁRIO

53 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

102 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

104 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

106 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

110 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

114 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

116 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

118 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

120 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

122 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

124 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

128 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

130 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

132 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

134 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

136 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

138 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

142 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

144 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

145 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

146 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

148 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

149 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

150 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

151 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

152 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

154 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

155 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

156 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

157 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

158 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

159 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

160 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

161 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

162 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

164 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

165 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

166 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

167 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

168 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

169 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

170 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

171 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

172 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

174 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

176 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

177 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

178 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

179 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

180 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

181 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

182 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

183 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

184 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

185 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

186 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

187 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

188 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

191 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

192 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

193 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

194 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

195 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

196 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

197 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

198 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

199 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

200 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

201 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

202 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

203 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

204 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

205 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

207 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

208 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

209 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

210 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

211 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

212 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

213 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

214 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

215 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

216 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

217 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

218 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

219 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

220 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

221 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

222 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

223 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

224 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

225 - N.º DO REGISTRO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS		DATA INTERNAÇÃO: 08/04/19
DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA(REA BORDAGEM)		DATA CIRURGIA: 15/04/19
PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRURGICO/REA BORDAGEM POR TRAÇO OCULTO		INÍCIO: TÉRMINO:
Cirurgião: Dr. RODRIGO LACERDA 1º Aux: Dr. THIAGO PERRUCI Anestesia: RAQUIANESTESIA	Anestesista: DrA MARINA 2º Aux:	
<p>1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia;</p> <p>2. Assepsia, antisepsia e Aposição de campos estéreis;</p> <p>3. INCISÃO SOBRE INCISÃO PREVIA COM EXTENSÃO PARA DISTAL</p> <p>4. RETIRADO PLACA DCP DE 12 FUROS COM 8 PARAFUSOS CORTICais</p> <p>5. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA 16 FUROS COBRINDO OS 2 TRAÇOS DE FRATURA</p> <p>6. FIXAÇÃO COM 10 PARAFUSOS CORTICais</p> <p>7. PASSAGEM DE 1PARAFUSO CORTICAL INTERFRAGMENTAR</p> <p>8. CONTROLE RADIOLOGICO - OK</p> <p>9. LAVAGEM DA FERIDA COM 1L SF0,9%</p> <p>10. SURUTA POR PLANOS + CURATIVO ESTÉRIL</p>		

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUVASF / EBSERH
S/ NPE: 219.2982



MATERIAL UTILIZADO

1 placa DCP 4,5 estreita 16 FUROS
11 PARAFUSOS CORTICais

Dr. Rodrigo Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 221982 TECOT 12663

15/04/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

Assinatura e carimbo do médico

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS		DATA INTERNAÇÃO: 08/04/19
DIAGNOSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA E		DATA CIRURGIA: 15/04/2019
PROCEDIMENTO: OSTEOSÍTESE COM PLACA DCP		INÍCIO: TÉRMINO:
Cirurgião: Dr. RODRIGO LACERDA	Anestesista: DrA MARINA	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia: RAQUIANESTESIA		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia; 2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis; 3. INCISÃO ANTERIOR EM TIBIA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO FRATURARIO 4. REDUÇÃO CRUENTA + COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 4,5 ESTREITA 12 FUROS 5. FIXAÇÃO COM 8 PARAFUSOS CORTICais COM ALINHAMENTO DA TIBIA E CONTROLE DE ROTAÇÃO 6. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9% 500ML 7. SUTURA POR PLANOS 8. CURATIVO ESTERIL 		
 Michelle Mendes Pereira Assistente Administrativo HU-UNIVASF / EBSERH 219.296.219-2062		
MATERIAL UTILIZADO		
PLACA DCP 4,5 ESTREITA 12 FUROS PARAFUSOS CORTICais: 08		


 15 ABR 2019
 Assinatura e carimbo do médico




 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
 Recife - PE

NOME

Kotiane de Souza dos Santos

Sexo

F

Idade

37

ASA

II

Urgência

SIM

NÃO

CIRURGIÃO

Rodrigo

ANESTESIOLOGISTA

Mauricio

PROCEDIMENTO

Tto César de parto as puer + Redonologia

Anamnese:

Alergia: Não SimJejum: >8h <8hPatologias: Não Sim DM: Diabetes

Exames:

INÍCIO

8:30

TÉRMINO

12:20

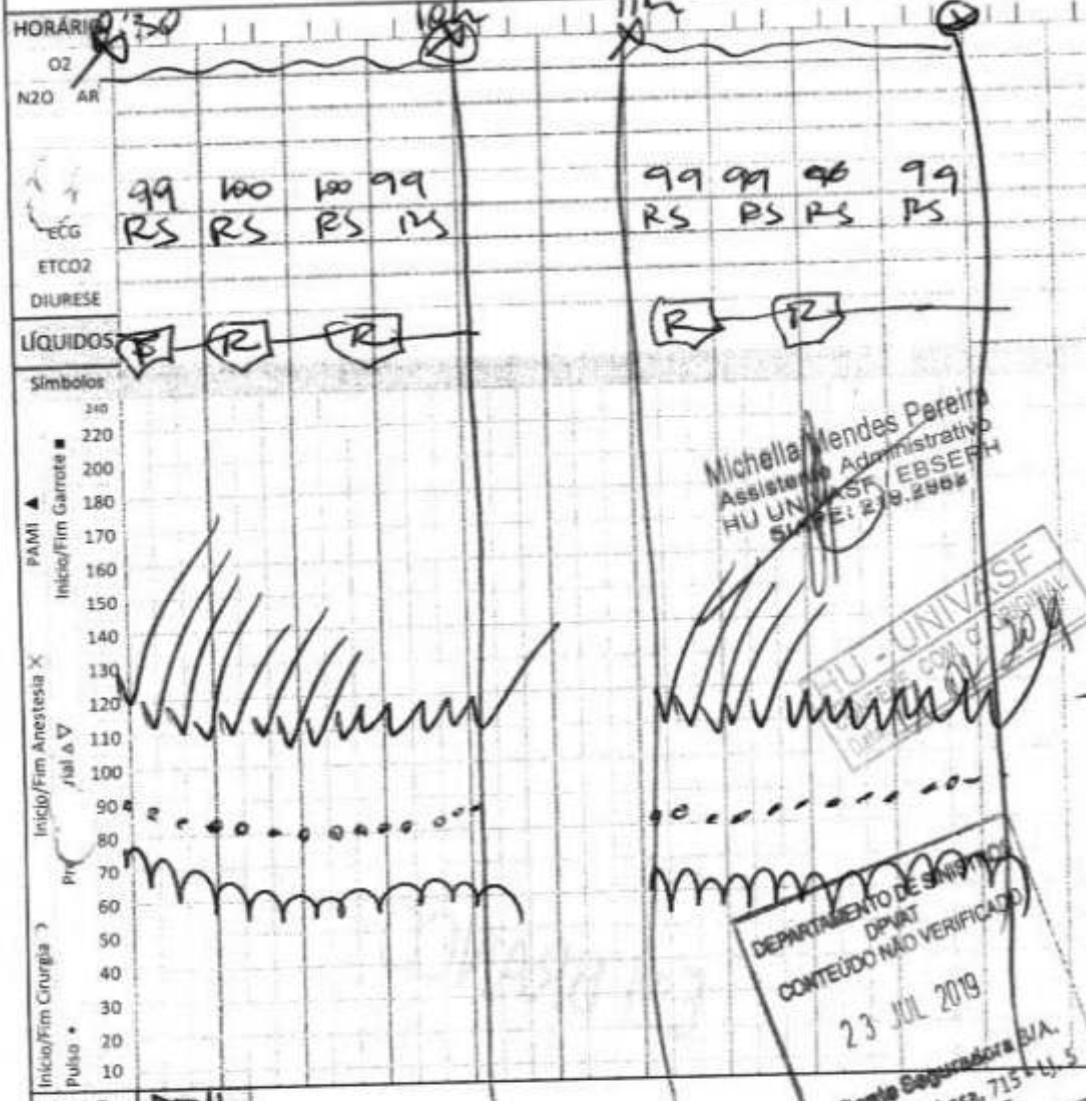
CONDIÇÕES DE ENTRADA

PA:

FC:

SAT:

OUTROS:



MEDICAÇÃO

1 ceptotrac 2g

2 Dexadron 10-

3 Domand 3-

4 Diprone 2g

5 Naridon 8g

6 Epine 1mg

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

MONITORIZAÇÃO

1 OKIMETRIA 2 ANALISADOR GÁS

3 CARDIOSCOPIA 3 PAI

4 PNI 5 OUTROS

6 CAPNOGRAFIA 7

8 SVD 9

TÉCNICA ANESTÉSICA

10 ACOMPANHAMENTO 11 G. VENOSA

12 RAQUIANESTESIA 13 G. BALANCEADA

14 G. INALATÓRIA 15 PERIDURAL

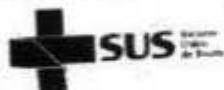
16 B. PLEXO 17 PERI CONT.

Descrição:

1) Monit 2) Venoclave para MSE 3) Anapne
 4) Duras peromediana L3/4/5 opõe n° 25
 (CR) dura, supõe de ① 18 41 mantém as an
 VÉ

1h
 Põe precisar ser reabordado. Realizo Bloqueo
 femoral e tural post quade pr VSE e irá
 de ①.

CONVÉNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTSESE
CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO:

CÓD. PROCEDIMENTO:

EMPRESA:

Intervento cirúrgico de fratura de tibia e fibula E

Ortovale

CIRURGÃO/CIRURGIA:

Dra. Rodrigo

INSTRUMENTADOR (A):

Eliane Pacheco

PACIENTE:

Kotiara de Souza dos Santos

PRONTUÁRIO:

50006030

DATA DA CIRURGIA:

15/04/19

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						
	6	8	10	12	14	16	18
DCP larga	06	08	10	12	14	16	
DCP estreita	04	05	06	08	10	12	
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros:							

PARAFUSOS UTILIZADOS

Cortical 4,5mm	QT	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
		5	3																	
Cortical 4,5mm	QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Esponjoso	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Rosca 16	QT																			
Esponjoso	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Rosca 32	QT																			
Arruela 4,5mm																				
	QT																			
Arruela 6,5mm																				
	QT																			

Assinaturas:

*Dr. Rodrigo Lacerda
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PE 12563*

18/04/2019



Q.S.U.

*Rayana de Souza Alencar
Enfermeira
CRM: 271829-PE*

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE
CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROcedimento:	Abordagem Tibia	Cód. Procedimento:	EMPRESA: Síntese
CIRURGIÃO/CIRURGIA:	W. Rodrigo	INSTRUMENTADOR (A):	
PACIENTE:	Kátiane de Souza dos Santos	PRONTUÁRIO:	30006030
DATA DA CIRURGIA:	15/07/2019		

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos							
	06	08	10	12	14	16	18	20
DCP larga	06	08	10	12	14	16	18	20
DCP estreita	04	05	06	08	10	12	14	16
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08			
Outros:	01 Placa Especial DCP Estreita 16 furos							

PARAFUSOS UTILIZADOS

Cortical 4,5mm	QT	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Cortical 4,5mm	QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Esponjoso Rosca 16	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Esponjoso Rosca 32	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Arruela 4,5mm		Arruela 6,5mm				Outros:														
QT																				

Assinaturas:

Rayana de Souza Mamede
 Enfermeira
 CDM 21162-PE

Dr. Rodolfo Lacerda
 Cirurgião Geral
 CRM 10700-PE
 15/07/2019

DEPARTAMENTO DE HOSPITALARIA
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 JUL 2019
 Gente Seguradora S/A.
 Av. Ruf Barbosa, 715 - Lt. 5
 Recife - PE

PACIENTE: **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

IDADE:

DATA DE ADMISSÃO: **08/04/2019**

EDONEL ALHO 50006030

DATA DE ALTA: **16/04/2019**

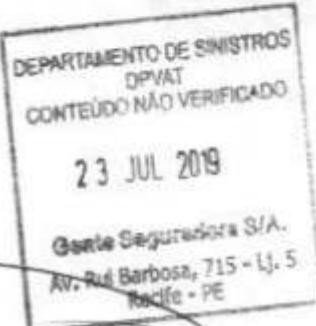
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA TIBIA DIREITA

CID: **S82.7**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA ORTOPEDIA
NO DIA 15/04/2019
RECEBE ALTA EM BOM ESTADO GERAL PARA ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL



29/05/19 12:30

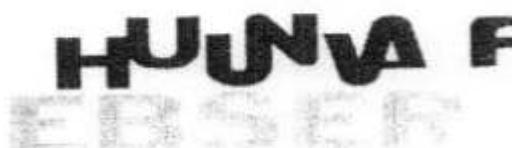
MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

CURATIVO DIARIO
FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS
NÃO PISAR

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) NA DATA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

*Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19979 / 01-23296
TEOT - 14619*



HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

LAUDO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRURGICO PELA ORTOPEDIA NO DIA 15/04/2019
SUGIRO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS
CID: S82.7

FRATURA TIBIA DIREITA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Humberto Adur S. Santos
Traumato-Ortopedico
CRM-PE 199197 SA 21375
TEOT - 14519

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS REGISTRO Nº _____
DATA DO ACIDENTE: 08/04/2019

PACIENTE, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, SOCORRIDA PELO SAMU P/ O HOSPITAL LOCAL DE SOBRADINHO E ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL DO TRAUMA (PETROLINA - PE) COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DE MIE, SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO E IMPLANTAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS P/ REDUÇÃO DE FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA.

FOI REALIZADO TODO TRATAMENTO PROPOSTO, PORÉM A MÉSMA APRESENTA TAMBÉM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS: ALGIA INTENSA DURANTE MOBILIZAÇÃO PASSIVA + DEFÍCIT DE ADM DE JOELHO E TORNOCÉLLO (E+) + MARCHA CLAUDICANTE DEVIDO A EXTENSÃO DAS LESÕES + LEVE DISCREPÂNCIA DE MML. PORTANTO, COM SEQUELAS DEBILIDADE PERMANENTE, APRESENTANDO PERDA FUNCIONAL DE 90% DO MIE.

CID 10 582.7

Dr. Giselle Skalet de J. Santos
Fisioterapeuta
CRE 2014/034931-F

DATA: 16 / 07 / 2019

ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Sobradinho

HMMA + SUS + BEM
SMS

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
Av. D, s/n Q-02, Vila São Francisco Sobradinho-BA
(74) 3538-1141

RECEITUÁRIO

Nome:

Endereço:

Paciente Katiane de Souza dos Santos

uso oral:

0 Xarelto 10mg 150amp.

Tomar 01amp 1x dia por 15 dias.

Sobradinho: 06/06/19

Miguel L. Juste
CRM BA-28146

23 JUL 2019

Germe Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HU/UNIVASF
EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SÁ MANICOBÁ, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP: 56304-205 Telefone: (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO

NOME:

Karina S. Santos

USO ORAL

Cetoropresol 10mg - 10x1
juntas o comprimido

12/12h por 07 dias

Thiago A. Perruci
Ortopedia/Traumatologia
G.H. Quadril
CRM:19502/SBOT 14466

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gante Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HU/UNIVASF
EBSEH

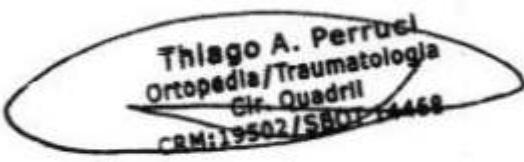
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANICOBÁ, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE.
CEP 56304-205 Telefone: (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO

NOME: Kathrine S. Suxs

uso oral

Cirurgia de escincos 300g — Olho
tumor desaparecido de
12/12/16 por 07 dias.



DATA: 1/1





UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: KATIANE DE SOUZA SANTOS

MÉDICO: AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL

DATA DO RETORNO:

HORA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA TIBIA DIREITA

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para o tel (87) 2101-6511

*Humberto Artur S. Santos
Traumatologo-Ortopedia
CRM-PE 199797 / RA 23228
TEOT - 14519*

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



ID Paciente : 23100

276760 2

Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data : 28/04/2019 11:52:37

02/02/1982





HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1- CEFALEXINA 500MG -----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VI AORAL, 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

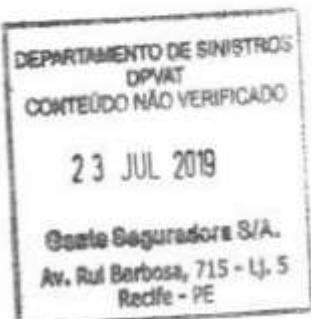
2- NIMESULIDA 100MG -----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12/12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

*Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 10229 / BA 23228
TEOT - 14519*

DATA: **16/04/2019**

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)





HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PI

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

**1- CEFALEXINA 500MG-----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VI AORAL, 6/6 HORAS, POR 7 DIAS**

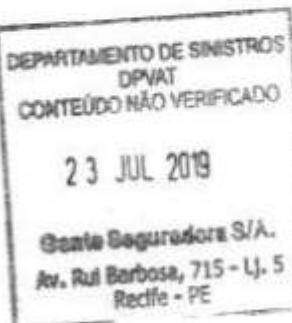
**2- NIMESULIDA 100MG-----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12/12H, POR 5 DIAS**

FRATURA TIBIA DIREITA

*Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 199797 BA-33228
TEOT - 14519*

DATA: 16/04/2019

**PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)**



HUUNASF



ATESTADO

DECLARAÇÃO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS IDADE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF

ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 08/04/2019 A 16/04/2019
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO. FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUais E NECESSITA DE
90(NOVENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: S82.7

SE DECLARAÇÃO:

COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO _____ h.
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUais.

COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NESTA DATA

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARMBO)

Humberto Adu S. Santos
Traumatologo-Ortopedista
CRM-PE 19991 / BA 20228
TEOT - 14310



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO EMITENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PI

PARA: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1) PACO 30 MG-----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 8/8 HORAS, CASO
DOR FORTE

PETROLINA 16/04/2019

NÃO ACEITAR TROCA DE MEDICAMENTO!
Resolução RDC nº 16/07

*Henrique Arthur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 1997978423226
TEOT - 14519*

MÉDICO - CRM

Identificação Comprador	
Nome _____	
RG	Emissor
Endereço _____	
City	UF
Telefone _____	

Identificação Fornecedor	
Data _____	
Assinatura farmacêutico	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE