

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: 05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00052

CONTA: 000000088064-2

Nr. da Autenticação 988DBEA803155461



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.839.032/0001-08 | Insc. Est. 0030943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
PEDRO JORGE CARDOZO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSE CAVALCANTE, 25

CPF 172.149.081-20

CONSUMIDOR
GARFAGINHO PE
55260-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

7003458086 11/2019
14/11/2019 09/12/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 40,84

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
003458086	14/11/2019	07/11/2019
APPROVAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA INSTALAÇÃO
07/11/2019	2002140002	1142000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo kWh	48.900000	0,7955763	39,78
Acrescimo Eancencia AMARELA			0,78
Acrescimo Eancencia VERMELHA			0,54
ICMS Subvenção COE-RF 07850000-0400-1			0,44
Multa por atraso NF 078710000 - 07/10/19			1,08
Juros por atraso NF 078710000 - 07/10/19			0,14

TOTAL DA FATURA

40,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO ESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TPC DA FASEÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJURTE	CONSUMO (KWH)
BT 118014	BT	07/10/2019	1722,24	07/11/2019	1771,20	31	1,2200		48,96

DESCRIÇÃO DE CONSUMO		Nº DE DIAS DE FASEÇÃO		CONDIÇÕES DE CONSUMO	
PERÍODO	CONSUMO (KWH)	FASEÇÃO	%	VALOR DO MÓDULO	CONDIÇÃO
07/10/19	48	BT	35,18	25,00	3,74
07/10/19	83	BT	29,18	100	0,31
07/10/19	41	BT	38,18	4,25	1,51
07/10/19	56	BT			
07/10/19	69	BT			
07/10/19	70	BT			
07/10/19	87	BT			
07/10/19	77	BT			
07/10/19	95	BT			
07/10/19	71	BT			
07/10/19	87	BT			
07/10/19	104	BT			
07/10/19	110	BT			

EF25 ADBB C026 T062 E204 F047 2FED 2C82

Para informações sobre a tarifa, consulte o site da CELPE ou a Central de Atendimento ao Cliente (11) 3000-0000. A tarifa é composta por: Tarifa de Energia (T.E.), Tarifa de Distribuição (T.D.), Tarifa de Transmissão (T.T.), Tarifa de Uso do Sistema (T.U.S.), Tarifa de Iluminação Pública (T.I.P.), Tarifa de Manutenção e Reparo (T.M.R.), Tarifa de Serviço ao Cliente (T.S.C.), Tarifa de Atendimento ao Cliente (T.A.C.), Tarifa de Atendimento ao Cliente (T.A.C.), Tarifa de Atendimento ao Cliente (T.A.C.).



Para informações sobre a tarifa, consulte o site da CELPE ou a Central de Atendimento ao Cliente (11) 3000-0000. A tarifa é composta por: Tarifa de Energia (T.E.), Tarifa de Distribuição (T.D.), Tarifa de Transmissão (T.T.), Tarifa de Uso do Sistema (T.U.S.), Tarifa de Iluminação Pública (T.I.P.), Tarifa de Manutenção e Reparo (T.M.R.), Tarifa de Serviço ao Cliente (T.S.C.), Tarifa de Atendimento ao Cliente (T.A.C.), Tarifa de Atendimento ao Cliente (T.A.C.), Tarifa de Atendimento ao Cliente (T.A.C.).

TENSÃO NOMINAL (V)					LIMITE DE VARIAÇÃO DE TENSÃO (%)	
CONDIÇÃO	VALOR NOMINAL	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE ANUAL	MINIMO	MÁXIMO
BT	0,00	0,00	11,34	22,54	200	201
FT	0,00	0,00	0,33	13,46		
DT	0,00	0,00	0,00	0,00		

Unidade (kWh) 12,22 0,00 - Valor de Energia (kWh) 0,00 - Valor de Iluminação Pública (kWh) 0,00 - Valor de Manutenção e Reparo (kWh) 0,00 - Valor de Serviço ao Cliente (kWh) 0,00 - Valor de Atendimento ao Cliente (kWh) 0,00 - Valor de Atendimento ao Cliente (kWh) 0,00

CONTA CONTRATO MÊSANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)



DECLARAÇÃO

Em 14 de Setembro de 2019, a Vítima de Atropelamento, Carolina Temoteo de Melo, 42 anos; DN: 14/12/1977; RG: 5.490.434 SDS – PE; CPF: 023.802.844-58 foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Suporte Avançado – USA, da base descentralizada de Garanhuns – PE; Regulado pela Central de Regulação de Caruaru, ID: 0485 e transportada para o Hospital Regional Dom Mora em Garanhuns - PE , conforme registro de atendimento em anexo.



Garanhuns, 21 de Novembro de 2019


MICHELLY CAVALCANTI
Coordenadora SAMU Garanhuns
Matrícula: 90934

Michelly Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Garanhuns - PE
Mat. 90934

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO

Médico Regulador 127. Valdir		Rádio Operador de Frota Alan		TARM	Ocorrência
Data 14/09/2019	Hora 20:31	ID 0485	Unidade Móvel USA	Base da Unidade Garanhuns	
Endereço da Ocorrência 27. 424				Nº	Bairro Vila do Linda
Ponto de Referência Próximo ao cemitério São Miguel				Município	
Nome da Vítima Carolina Tenreiro de Melo				Idade 41	Sexo M
RG 5.490.434	CPF 023.802.844-58		Data de Nascimento 14/12/1977		
Endereço da Vítima Rua: XV de novembro		Nº 293	Bairro São João	Município Garanhuns	
Solicitante / Fone		Cartão Nacional de Saúde - SUS 8 7 8 0 0 0 5 0 0 9 9 0 2 8 1			

Queixas 1. Trepelamento	Saída da Base 20:32	Chegada ao local 20:38	Saída do local 20:46	Chegada ao destino 20:54	Saída do destino 21:30	Chegada à Base 21:36
Comunicação	Transferência (Senha): _____ Destino: _____ Hospital: _____					

Tipo de Agravo:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Acidente de trânsito | ☐ Eletrocussão | ☐ Quase Afogamento |
| ☒ Pedestre | ☐ FAF | ☐ Queda _____ Metro(s) |
| ☐ Condutor do Veículo | ☐ FAF | ☐ Queimadura |
| ☐ Passageiro do Veículo | ☐ Gineco - Obstétrico | ☐ Térmica |
| ☐ Agressão | ☐ Lesões térmicas | ☐ Química |
| ☐ Clínico | ☐ Pediátrico | ☐ Elétrica |
| ☐ Desabamento/Soterramento | ☐ Psiquiátrico | ☐ Outros: _____ |

Antecedentes:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ AIDS | ☐ Diabetes | ☐ Hipertensão Arterial |
| ☐ Alcoolismo | ☐ Doença Cardíaca | ☐ Internamentos anteriores |
| ☐ Alergia | ☐ Doença infecto contagiosa | ☐ Medicamentos: _____ |
| ☐ AVC | ☐ Doença Mental | ☐ Problemas Respiratórios |
| ☐ Cirurgias Realizadas | ☐ Doença Renal | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Convulsões | ☐ Drogadição | |

Exame Clínico:

Principais sintomas/Queixas

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Agitação/Agressividade | ☐ Diarreia | ☐ Palidez |
| ☐ Alergia | ☐ Dificuldade Respiratória | ☐ Sangramento |
| ☐ Ausência de Pulso | ☒ Dor Local | ☐ Vômito |
| ☐ Cianose | ☐ Febre | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Convulsão | ☐ Inconsciente/Desmaio | |

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 Horas ☐ Mais de 4 Horas ☐ Mais de 24 Horas ☐ Não Sabe

Sinais Vitais:

HORA	PA	FC	FR	Temperatura	Glicemia	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
	120 X 90	86	16	-	99	98%	15

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea

- ☒ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Obstrução Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Bronco Aspiração
- ☐ Edema de Glote

Respiração/Vent.

- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta

- ☒ Normal
- ☐ Roncos/Sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade

- ☒ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Eitico ☐ Outros

Circulação:

- | |
|--|
| Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros |
| Edema: ☒ Ausente ☐ Palpebral ☐ M. Superiores ☐ M. Inferiores ☐ Anasca |
| Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente |
| Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente |
| Ausculta: ☒ Normal ☐ Hipofoneses ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Atrio pericárdio |

Michelly Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Garanhuns - PE
Mat. 90854

Escoriação									
Esmagamento									
Perfurante									
Contuso									
Frat. Fechada									
Frat. Aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura %									

ouventada + vítima
de atropelamento
por moto + escorricas
em asfalto E e Oito
E+ Corte + Ameara
reper que ingeriu
bebida alcoólica.

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Agitação | ☐ Sinal Battle Direito | ☐ Miose Direita | ☐ Parestesia |
| ☐ Sonolência | ☐ Sinal Battle Esquerdo | ☐ Miose Esquerda | ☐ Arreflexia |
| ☐ Coma | ☐ Sinal Guaxinin Direito | ☐ Midríase Direita | ☐ Pupila reagente |
| ☐ Confusão | ☐ Sinal Guaxinin Esq. | ☐ Midríase Esquerda | ☐ Pupila não reagente |
| ☐ Convulsão | ☐ Rigidez de nuca | ☐ Paralisia | ☐ Outros |
| ☐ Otorragia a Direita | ☐ Afasia | ☐ Paresia | |
| ☐ Otorragia Esquerda | | ☐ Anestesia | |

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Desvio Traqueia
- ☒ Normal
- ☐ Turgência Jugular
- ☐ Enfisema Subcutâneo
- ☐ Outros: _____

Abdômen

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doloroso/Defesa
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☒ Normal

Urogenital

- ☐ Anúria
- ☐ Giordano Direito
- ☐ Giordano Esquerdo
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros: _____

GINECO-OBSTÉTRICO:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Abortamento | ☐ Hemorragia Vaginal | ☐ Normal ____ Semanas | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Trabalho de parto: | ☐ 1 cont./10 min | ☐ 1-3 cont./10 min | ☐ Sangramento |
| ☐ Parto Único | ☐ Gemelar | ☐ Líquido Meconial | ☐ Nascimento |
| | | ☐ Bolsa rota | ☐ Apgar 1º Minuto: _____ |
| | | ☐ Apgar 5º Minuto: _____ | |

PROCEDIMENTOS:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Desobstrução Vias Aéreas | ☐ Drenagem Torácica Esquerda | ☐ Sedação |
| ☐ Entubação Nasotraqueal | ☐ Massagem Cardíaca Externa | ☐ Imobilização Membros |
| ☐ Cânula Orofaringea | ☐ Desfibrilação/Cardioversão | ☐ Colar Cervical |
| ☐ Cricotireoidostomia | ☐ Controle Hemorragia | ☐ Talas/Tração |
| ☐ Ventilação Mecânica Ambu | ☒ Curativo | ☐ Entubação Orotraqueal |
| ☐ Inalação O ₂ | ☒ Punção Venosa Periférica | ☐ Traqueostomia |
| ☐ Tracocentose c/ Agulha Direita | ☐ Punção Venosa Central | ☒ Monitoração cardíaca/ Oximetria |
| ☐ Tracocentose c/ Agulha Esquerda | ☐ Sonda Gástrica | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Drenagem Torácica Direita | ☐ Sonda Vesical | |

DIAGNÓSTICO:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Sol. Ringer Lactado	500 ml	—	—	EV	
Sol. Fisiológica 0,9%					
Sol. Glicosada 0,5%					
Sol. Glicofisiológica					

UNIDADE HOSPITALAR: HRDU

MUNICÍPIO: Caranhoba

INTERCORRÊNCIA: Não

Talita Santos Bezerra
CRM: 3-PE
230

Assinatura e carimbo do médico
HORA: ____: ____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro (a)/ Téc. de Enfermagem	Condutor
		<u>U^{te} Jacqueline</u>	<u>Diogenes</u>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL DO AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Michele
Michele Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Caranhoba-PE
Mat. 0984



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Carolma Tenório de Melo			Idade:
Situação/Queixa:	- Vítima de atropelamento (sic)			
	- trazida pela USF GUS			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA ☒	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Pré-existentes:			
Medicações em uso:	Insulina		
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA: 120x90	P: 86	R: 16	T:	SpO2: 98%	HGT: 99	Peso:	Glasgow: 15
------------	-------	-------	----	-----------	---------	-------	-------------

REGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de agitação	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁCICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma

do: Ortopedista do DENTEM

Bruno R. Rodrigues
Enfermeiro do Trabalho
COREN-PE 385.149

Data:

14 / 05 / 19

Assinatura/Carimbo

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

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

Transferido para: HR DO AUGUSTO

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM:

Data: 15/07/19 Hora: 00:00

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

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

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Rx do osso e art.

Rx joelho e art.

Rx - PA e FXE
(FRONTAL - VISO)

normal.

alta

FRATURA MANDIBULAR

ORTODONTIA

Dr. João Araújo Teixeira
Cirurgião - Dentista
CRO/PE - 8880

Dr. João Araújo Teixeira
Cirurgião - Dentista
CRO/PE - 8880

Dr. Marcos Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 116
TEST 8100 - RQE 7070
Ass. Médico - Carimbo

DIPLOMA 16 - 01 MP - 17

00:30

HOSPITAL REGIONAL DE
GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
- GARANHUNS - PE

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Dr. João Araújo Teixeira
Cirurgião - Dentista
CRO/PE - 8880

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CAROLINA TOMOTED DO MOURA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

107009853009333

6 - DATA DE NASCIMENTO

14/12/1977

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

345229

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FÁTIMA TOMOTED DO MOURA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Quinze de Novembro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Garanhuns

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

COMPLAQUE DA AMORTURA MEXAL, FORMANDO CRATO-CONTUSO COM MANEIRAS.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

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

CLINICO + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA MISTURAL DO CÔNDILO MANDIBULAR.**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

PMF

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ILMARIO LAMINHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CARDENAS TOMOTED DO MOURA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

395229

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707009853009333

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/12/1977Masc. ☐

9 - SEXO

Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FATIMA TOMOTED DO MOURA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Quinze de Novembro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Geranduba

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

DE**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Limitação da amplitude de movimento, dor no membro superior direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente cirúrgico

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

CLIN + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura distal do úmero esquerdo.**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAR.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PMF

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ILMORTO CARNEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carulina Ferreira de Melo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

345259

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 7 0 0 9 8 5 3 0 0 9 3 3 3

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria de Fátima Timoteo de Melo

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Amizade de novembro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Goianinha

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Imobilidade e degnau atípico em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente cirúrgico

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

Ex. físico + Ex. - imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenções fratura complexa mandíbula

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 0 4 0 2 0 5 0 0

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS ☒ CPF

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

0 1 8 4 3 1 8 0 1 4

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ARVALDO BRITO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/09/19

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

Arvaldo Brito
CRM 7169
CPF 152.307.114**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE - 40 - 004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldemir Soares de Sá**CRM 7169****CPF 152.307.114****261910406729-4**



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data Nasc.: 14/12/1977

Idade: 41

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02380284458

RG: 5490434

CNS: 707009853009333

Endereço: RUA QUINZE DE NOVEMBRO

Nº: 293

Bairro: HELIOPOLIS

Cidade: GARANHUNS

Estado: PE

CEP: 55291762

Fone: 998159595

Profissão: DO LAR

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA TEMOTEO DE MELO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Clinica: ODONTOLOGIA C.TRAUM.B.M.F.

Neuro & Buro
L-93

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/09/2019 10:33

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Paciente com história de queda do moto há 16 horas. Nova sensação de
início e perda de consciência. Orientada, consciente, supinha, desorientada.*

Exame Físico:

*conserva-se orientada em todo, movimento contido. em todo, limitadas
na abertura bucal e mandibulares.*

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

fratura bilateral de condilo mandibular.

Prescrição:

Dieta: _____

Data	Horário
15/09/19	# But #
<i>Paciente visto com limitadas de abertura bucal, movimentos mandibulares orientados em todo e movimento contido em todo. RX sugere fratura bilateral de condilo mandibular.</i>	
<i>cd. @ solicit. to fcl.</i>	
<i>@ internamto</i>	
<i>@ prescriç</i>	
<i>@ orientar</i>	



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

15/09/19	#CTBMF#
paciente visto após TC de face, na qual observou-se patologia unilateral do condilo + parassínfise (E). Se ex. físico nota-se mobilidade do elemento dentário 17, 21 e 22. CP: ① Odontométer de elemento dentário da distal do dente 12 à distal do dente 24;	
② Internamento.	
③ A espinha da BNF	
Dra. Kaine Tavares Ponte Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial Residente HRA CRO-PE 13614	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

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

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Carolina Temóteo de Melo

Nº Registro: 345259

Clínica: CTBMF

Nº do leito:

Operador: Dr. Arnaldo Brito

1º Assistente: Petros Fernandes - R3

2º Assistente: Joelma Andrade - R2

Instrumentador: Taysnara Andrade - R1

Anestesista: Dr Danilo

Anestesia: GERAL

Duração:

Data da Operação: 23/09/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura complexa de mandíbula (parassinfise mandibular esquerda e côndilo mandibular bilateral)

Diagnóstico Pós-operatório: o mesmo

Operação Proposta: Osteossíntese de Fratura complexa de mandíbula (parassinfise mandibular esquerda + côndilo direito)

Operação Realizada: o mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

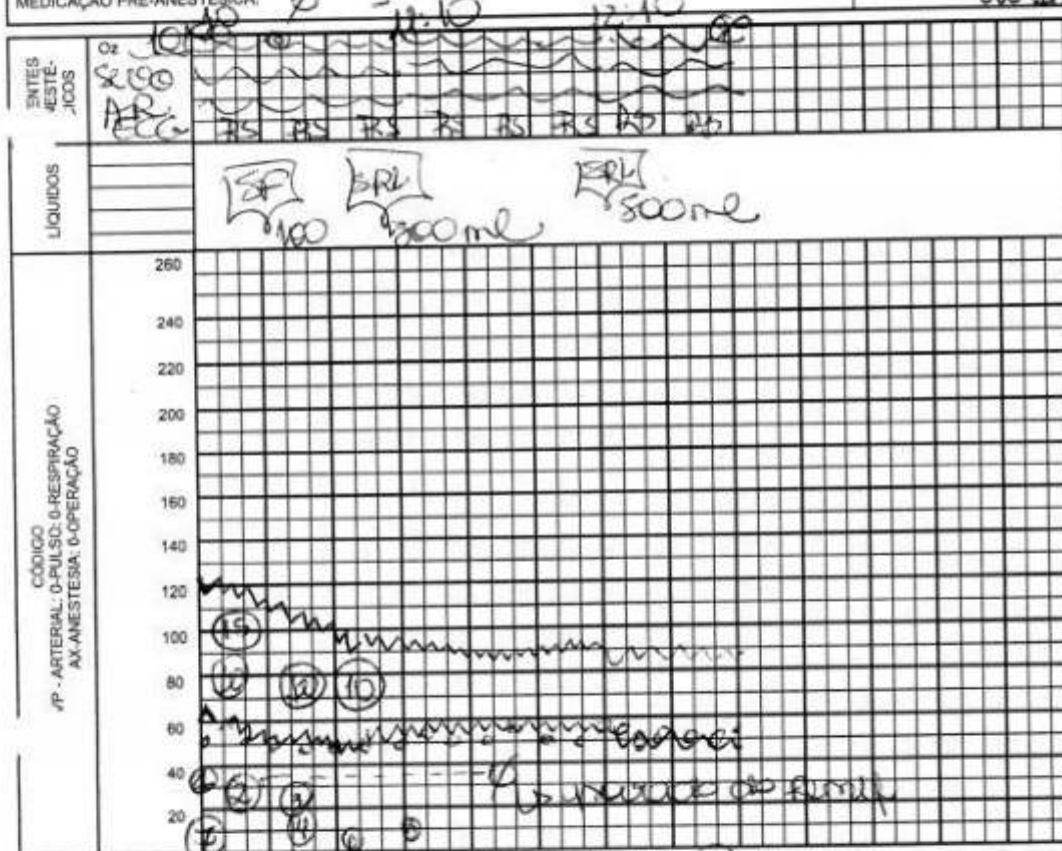
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA LIDOCAÍNA C/V + INSTALAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO;
4. ACESSO RETROMANDIBULAR PARA O CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO: INCISÃO + DIVULSÃO + DESCOLAMENTO + EXPOSIÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA;
5. INSTALAÇÃO DE PARAFUSO 01 (UM) PARAFUSO CORTICAL PARA REDUÇÃO DA FRATURA (MANOBRA DE DACISAR);
6. FIXAÇÃO ÓSSEA COM: 02 (DUAS) PLACAS DE 2.0MM + 05 (SEIS) PARAFUSOS CORTICAIS;
7. ACESSO VESTIBULAR DE REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA: INCISÃO + DIVULSÃO + DESCOLAMENTO + EXPOSIÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA;
8. REDUÇÃO DA FRATURA DE PARASSÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA;
9. BLOQUEIO MAXILO-MANDIBULAR (BMM) COM 04 (QUATRO) PARAFUSOS IMF + FIXAÇÃO DA FRATURA COM: 02 (DUAS) PLACAS DO SISTEMA 2.0 MM + 08 (OITO) PARAFUSOS CORTICAIS;
10. REMOÇÃO DE BMM;
11. IRRIGAÇÃO COPIOSA DA FERIDA CIRÚRGICA COM SF 0,9%
12. SUTURA POR PLANOS
13. REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
14. CURATIVO COMPRESSIVO

Arnaldo Brito Filho
Cirurgia Buco Maxilo Facial
5963

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: <u>Carolina Fernandes de Melo</u>	IDADE: <u>41</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P.</u>
HOSPITAL: <u>HRA</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO: <u>45229</u>
DATA: <u>23/09/11</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>11x6</u>	PULSO: <u>55bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>17/min</u>
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS: <u>5,18</u>	HEMOGLOBINA: <u>15</u>	HEMATÓCRITO: <u>3,7</u>
URINA:	GLICEMIA: <u>90</u>	URÉIA: <u>26</u>	ALTURA: <u>1,70</u>
AP RESPIRATÓRIO: <u>NDN</u>	ASMA:	BRONQUITE:	
AP CIRCULATÓRIO: <u>NDN</u>	ELETROCARDIOGRAMA: <u>RS</u>		
AP DIGESTIVO: <u>NDN</u>	DENTES: <u>pres.</u>	PESCOÇO: <u>Extensão</u>	AP. URINÁRIO: <u>-</u>
ESTADO MENTAL: <u>Consc/orient.</u>	ATERÁXICOS:	CORTICÓIDES: <u>-</u>	ALERGIA: <u>Não</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>frat. Bulst. de condilo mandibular</u>	ANEST. ANTERIORES:	ESTADO FÍSICO: <u>ASA II</u>	HIPOSENSORES: <u>-</u>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>o mesmo</u>	APLICADAS AS: <u>10:10</u>	FEITO: <u>10:20</u>	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>10:10</u>			



* Manejo anestésico: Check-list; Monitorização; paciente em decúbito dorsal; Acesso venoso periférico (filco n° 18) perfuso; pré-oxigenação por 5 min; indução anestésica em AVP; ventilação sob máscara facial adequada; passagem do tubo orotraqueal n° 6,5 com cuff em tona nas (cav. nasal direita) após lubrificação e uso de vasodilatador e lidocaína em náreis e tubo laringoscopia com lâmina n° 4,0; Direcionamente do tubo com auxílio da pinça magill até a glote do paciente; sem interferências ou outras alterações; VMI em modo VC; VC: 425ml; FR: 14 ipm; PEEP: 5; Interrupção do xantentanil após 1h 30 min de cirurgia, devido à hipotensão persistente.

* Obs:

Cal 35630

~~Area~~ 34.3181

REGISTRO Nº 34

DATA 23/09/29
nrel/2 Rm7

Детство

CÓDIGO	PREÇO	
	UNITÁRIO	TOTAL
01	100,00	100,00
02	200,00	200,00
03	300,00	300,00
04	400,00	400,00
05	500,00	500,00
06	600,00	600,00
07	700,00	700,00
08	800,00	800,00
09	900,00	900,00
10	1000,00	1000,00
11	1100,00	1100,00
12	1200,00	1200,00
13	1300,00	1300,00
14	1400,00	1400,00
15	1500,00	1500,00
16	1600,00	1600,00
17	1700,00	1700,00
18	1800,00	1800,00
19	1900,00	1900,00
20	2000,00	2000,00
21	2100,00	2100,00
22	2200,00	2200,00
23	2300,00	2300,00
24	2400,00	2400,00
25	2500,00	2500,00
26	2600,00	2600,00
27	2700,00	2700,00
28	2800,00	2800,00
29	2900,00	2900,00
30	3000,00	3000,00
31	3100,00	3100,00
32	3200,00	3200,00
33	3300,00	3300,00
34	3400,00	3400,00
35	3500,00	3500,00
36	3600,00	3600,00
37	3700,00	3700,00
38	3800,00	3800,00
39	3900,00	3900,00
40	4000,00	4000,00
41	4100,00	4100,00
42	4200,00	4200,00
43	4300,00	4300,00
44	4400,00	4400,00
45	4500,00	4500,00
46	4600,00	4600,00
47	4700,00	4700,00
48	4800,00	4800,00
49	4900,00	4900,00
50	5000,00	5000,00
51	5100,00	5100,00
52	5200,00	5200,00
53	5300,00	5300,00
54	5400,00	5400,00
55	5500,00	5500,00
56	5600,00	5600,00
57	5700,00	5700,00
58	5800,00	5800,00
59	5900,00	5900,00
60	6000,00	6000,00
61	6100,00	6100,00
62	6200,00	6200,00
63	6300,00	6300,00
64	6400,00	6400,00
65	6500,00	6500,00
66	6600,00	6600,00
67	6700,00	6700,00
68	6800,00	6800,00
69	6900,00	6900,00
70	7000,00	7000,00
71	7100,00	7100,00
72	7200,00	7200,00
73	7300,00	7300,00
74	7400,00	7400,00
75	7500,00	7500,00
76	7600,00	7600,00
77	7700,00	7700,00
78	7800,00	7800,00
79	7900,00	7900,00
80	8000,00	8000,00
81	8100,00	8100,00
82	8200,00	8200,00
83	8300,00	8300,00
84	8400,00	8400,00
85	8500,00	8500,00
86	8600,00	8600,00
87	8700,00	8700,00
88	8800,00	8800,00
89	8900,00	8900,00
90	9000,00	9000,00
91	9100,00	9100,00
92	9200,00	9200,00
93	9300,00	9300,00
94	9400,00	9400,00
95	9500,00	9500,00
96	9600,00	9600,00
97	9700,00	9700,00
98	9800,00	9800,00
99	9900,00	9

	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Oxigênio	M		
Água Destilada	M		
Atropina	M		
Bupivacaína			
Cefazolina 1g			
Clonidina			
Dezametasona 4mg			
Diclofenaco			
Dipirona			
Etilefrina			
Glicose 50%			
Lidocaina			
Metoclopramida			
Neostigmina	M		
Prometazina			
Ranitidina			
Ringer co Lactato	F		
Soro Fisiológico 230ml	M		
Soro Glicosado			
Succinato de Estriol			
Tenoxicam 2mg	"		
Propofol			
Fentanyl			
Valsartan			
Zinnin			
Nitroglicerina			
Amorfin			
Chlorhex			
Alcool 70% para antiseptico			
Sel Plac			
Desinfector dy			
Aguilha Descartável			
Aguilha para Pendura			
Aguilha para Raqui			
Atadura Gessada			
Atadura Crepom	M		
Cateter para Oxigênio			
Cateter para Venopunção			
Coletor de Urina Aberto			
Coletor de Urina Fechado			
Dreno			
Eletrodo p/ Monitorização	H		
Equipo para Sangue			
Equipo para Soro			
Fio Cat Gut Cromado			
Fio Cat Gut Simples			
Fio de Aço auxilia	10		
Fio de Algodão			
Fio de Nylon	2.0/30	F	
Fio de Polipropileno			
Gase 7,5x7,5	13	FI	
Lâmina de Bisturi		I	
Luvas Estéreis 7,0		□	
Luvas Estéreis 7,5			
Luvas Estéreis 8,0		F	
Seringa 5ml		F	
Seringa 10ml		F	
Seringa 20ml		F	
Sonda de Foie			
Sonda Endotraqueal 7,5	arumodu		
Sonda Nasogástrica			
Sonda Uretal	14		
Tubo para Aspiração			
carpa dentulo			
compressos	15	F	
fio de nylon		□	
Mirl 3.0			
SUBTOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados o

Arnaldo Brito Filho
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 5317

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <u>Caroline Teodoro de Melo</u>		PRONTUÁRIO: <u>343254</u>		
DATA: <u>23/09/2019</u>	SEXO: M ☐ F ☒	IDADE: <u>1</u>	NASCIMENTO: <u>1/1</u>	CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO:				

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
10	2	2	2	2	2	S.O.							✓
						15 min.							
						30 min.							
10	2	2	2	2	2	60 min.							✓
						2h							
						3h							

CIRCULAÇÃO

2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA
0 CIANÓTICO

2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO
0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO
0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO

SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO

0 SpO₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O₂
1 PRECISA RECEBER O₂ PARA SpO₂ > 90%
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE

ATIVIDADE MUSCULAR

2 APTO MOVER 4 EXT
1 APTO MOVER 2 EXT
0 APTO MOVER 1 EXT

CONSCIÊNCIA

2 DESPERTO TOTALMENTE
1 DESPERTO AO CHAMAR
0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

*Int a q
cd c/te SRPA*

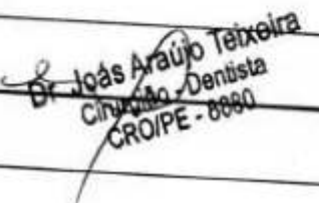
*Dr. Jefferson Trigueiro
Anestesiologista
CRM 18716*



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE



5-5771445

Unidade de Saúde HE DOM TOURA		Município GARANHUNS	Região de Saúde ↓		
Nome do Paciente CAROLINA TEODORO MELO					
Quadro Clínico PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DOB					
Diagnóstico FRATURA MANDIBULAR					
1ª REMOÇÃO	Destino HE DO AGRESTE		Município CARUARU	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado) SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA PELO CIRURGIÃO BUCOFACIAL				
Assinatura do Responsável  Dr. João Araújo Teixeira Cirurgião - Dentista CRO/PE - 8880					
2ª REMOÇÃO	Destino		Nº do C.R.M. 3880	Data 15-09-19	
	Motivo (Registro detalhado)		Município	H. de Saída	H. de Chegada
Assinatura do Responsável					
3ª REMOÇÃO	Destino		Nº do C.R.M.	Data	
	Motivo (Registro detalhado)		Município	H. de Saída	H. de Chegada
Assinatura do Responsável					
4ª REMOÇÃO	Destino		Nº do C.R.M.	Data	
	Motivo (Registro detalhado)		Município	H. de Saída	H. de Chegada
Assinatura do Responsável					
Unidade prestadora do atendimento		Nº do C.R.M.	Data		
Especificação do Atendimento Prestado		Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Caroline Tereza de Melo

Prontuário: 345259

Data: 15 / 09 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de côndilo mandibular (B) + parotidite (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de Dr. Sinton Vieira, no
dia 02/10/19, às 07:00, marcar com antecedência
e levar todos os exames

TRATAMENTO REALIZADO:

Intesminster de fratura complexa de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 24 / 09 / 19

Hora: 08:00

Dra. Kaiane Tavares Pontes
Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial
Residente HRA
CRO PE 13614

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL		EC-7	DATA DE EXPEDIÇÃO 03/06/2017
			
Carolina Temoteo de Melo		NOME << CAROLINA TEMOTEO DE MELO >>	
ASSINATURA DO TITULAR		FILIAÇÃO << MARUSAN PELO DE MELO >> << MARIA DE FÁTIMA TEMOTEO DE MELO >>	
		NATURALIDADE GARANHUNS - PE DATA DE NASCIMENTO 14/12/1977	
		DOC ORDEM << 074328 01 55 1998 2 00076 171 0008398 70 GARANHUNS PE >>	
		CPF 023.802.844-58	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/06/03	
		14170109921061223057483233	

CC	PREVIDÊNCIA SIA
14 JAN 2020	
P.	COLO
AL	IA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022598 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 06 17 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022598 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 06 17 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019292/20

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

CPF: 023.802.844-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CAROLINA TEMOTEO DE MELO : 023.802.844-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: CAROLINA TEMOTEO DE MELO
CPF: 023.802.844-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

CAROLINA TEMOTEO DE MELO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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:

023.802.844-58 Carolina Temoteo de Melo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Carolina Temoteo de Melo 023.802.844-58

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

recusou-se Rua Lúci Cavalcanti 45

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Cohab Garanhuns PE 55290-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0052 CONTA: 88064-2

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Carolina T. de Melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022598

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022598

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CAROLINA TEMOTEO DE MELO

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022598

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAROLINA TEMOTEO DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Recebedor: **CAROLINA TEMOTEO DE MELO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000052**

Conta: **0000088064-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) ou nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135-CRC DINTER/18º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0225002296**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/11/2019** às **09:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **14/09/2019** às **19:10**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GARANHUNS, 1, BR-424 PRÓXIMO A JATÓBA REFRIGERANTE - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
CAROLINA TEMÓTEO DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**

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

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

CAROLINA TEMÓTEO DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE FATIMA TEMÓTEO DE MELO** Pai: **MARUSAN PELO DE MELO** Data de Nascimento: **14/12/1977** Nacionalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **5460434/SDS/PE (RG)**
02300284458 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefone Celular(s):
- 87098150595

Endereço Residência: **RUA RUY CAVALCANTE, 40 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ESTAVA ATRAVESSANDO A BR-424, NO BAIRRO DO MUNDAU-GARANHUNS-PE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA, MARCA E MODELO NÃO ANOTADA, POIS O MESMO NÃO PAROU E NÃO SOCORREU A VÍTIMA E NEM PARA PEDIR SOCORRO, TENDO A VÍTIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU DEPOIS DE MUITO TEMPO, TENDO EM VISTA A DIFICULDADE DA VÍTIMA SE LOCOMOVER E PEDIR AJUDA, TENDO SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DOUTOR MOURAIA QUAL DEU ENTRADA COM O PRÓTUARGO DE Nº 908461, DATADO DE 14/09/2019, ÀS 20:38H.

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

Carolina Temoteo de Melo
CAROLINA TEMÓTEO DE MELO
(VÍTIMA)

H.O. registrado por: **BRAYTON LIVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**



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

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

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) ou nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)