



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **20E4143000306**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/02/2020 às 19:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **21/4/2019 às 16:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO ANTIGO FORUM**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BRAZ JOSE DA SILVA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLIETE MARIA BRAZ DA SILVA** Pai: **ANTONIO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **6/1/1994** Naturalidade: **RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8926430/SDS/PE (RG), 10517237440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 530, ST LAGOA DA CHÃ - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **BRAZ JOSE DA SILVA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFT9144** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **526744006** Chassi: **9C2KC1650DR800057**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE MICHAEL DA SILVA MONTEIRO**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE BRAZ JOSE DA SILVA NETO NA QUALIDADE DE VITIMA PASSA A DECLARAR QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA RUA PROFESSOR AGAMENON MAGUALHÃES, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO PREDIO DO ANTIGO FORUM, UM AUTOMOVEL QUE

ESTAVA ESTACIONADO SEM SINALIZAR ENTROU NA VIA COLIDINDO COM A MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA, O QUAL PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO AS MARGENS DA VIA; O CONDUTOR DECONHECIDO NÃO PAROU E SE EVADIU DO LOCAL AO PERCEBER QUE HAIA PROVOCADO O ACIDENTE; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, DE ONDE APÓS AVALIAÇÃO CLINICA A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, LOCAL ESTE ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MEDICOS CONFORME DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO
BRAZ JOSE DA SILVA NETO
(VITIMA)



B.O. registrado por: CICERO ABILIO DE ALMEIDA - Matrícula: 1581678



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

105 172.374-40 Braz José da Silva Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 15/2012

5 - Nome completo:

Braz José da Silva Neto

6 - CPF:
105 172.374-40

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

51 lagoa da cha

9 - Número:

530

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sítio lagoa da cha

12 - Cidade:

Bezerros

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55660-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 995768288

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: 2192

CONTA: 90147

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):

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

30 - Vítima deixou

nascituro (valerizar)?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezerros 19/02/2020

BRAZ JOSÉ DA SILVA NETO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 00000090147-7

Nr. da Autenticação 5DD41A05C2D8FD5E

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvifonia 0800 282 5599

DADOS DO CLIENTE ANTONIO BRAZ DA SILVA Sr Cliente ATUALIZE SEU CADASTRO !! CPF: 507.723.254-72	DATA DE VENCIMENTO 09/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 02/01/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 089806086	CONTA CONTRATO 001830599017 Nº DO CLIENTE 200847128 Nº DA INSTALAÇÃO 0000364855
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI LAGOA DA CHA 530 SITIO LAGOA DA CHA/BEZERROS RURAL 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO E2DE.773A.3652.2749.BFF0.D512.1405.74B6		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MV09505	CAT	21/11/2019	4.686,00	23/12/2019	4.686,00	32	1,00000	0,00	0,00

| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/01/2020 |

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
Descrição	Conjunto	Valor Apurado	META Mensal	META Trim.	META Anual			
out/2019								
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00			
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00			
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	0,00	0,00	0,00			
DCIRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DCIRI: 0,00					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00								
<small>Toda comunicação deve ser feita via e-mail para os indicados: DIC, FIC, DMIC e DCIRI ou através de telefone.</small>								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! barros e gomes eletros Itda - r jose primo no 08 loja 06 ameixas / modamor: riacho das almas centro.Lista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001830599017	12/2019	0,00	09/01/2020	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



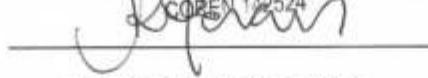
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr Braz José da Silva Neto, Identidade: 8.926.430 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência -4728 , no dia 21 de abril de 2019, às 17h e 10 min, com queixa de Colisão Carro e Moto , na Avenida Agamenon Magalhães do Município de Bezzerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 19 de Dezembro de 2019.

Regina Morais
Coord. de Enfa do Samu Bezzerros
COREN 149524


REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE



FICHA DE ATENDIMENTO	CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 928.580
DATA: 21-04-19	HORA: 17:51	TELEFONE: 989 92-8879
NOME: <i>Elizeth da Silva Neto</i>		IDADE: 25000
NOME DA MÃE: <i>Marilene da Silva</i>	ACOMPANHANTE: <i>Elizeth</i>	
DATA DE NASCIMENTO: <i>06/01/94</i>	SINAIS VITAIS	
END.: <i>Jitauá Ito Pernca</i>	T: °C	
CIDADE: <i>Bezerrós</i>	PESO: kg	
PA: <i>160/110 mmHg</i>	HGT: <i>107 mg/dL</i>	S.A.M.U Téc. Enfermagem/COREN

Cat 96% K10hp... CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO 18.0000

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apnéia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140 bpm O FR <10 ou >32 lpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou > 200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
- O Polirrumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento Intenso
- O Broncoaspiração O Asfixia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Polirrumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou > 180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Tédio pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal Intensa O Dor Torácica Intensa O Melena O Hematemese O Enterorragia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia Intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarréia sem sinais de desidratação O Exaquécea O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- Vermelho
- Amarelo
- Verde
- Azul

→ Paciente vítima de acidente de moto com escoriações pelo corpo
→ Pico hipertensivo
→ Fratura em MSD

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

Maria Helena Costa
Assinatura da Enfermeira e Carimbo
COREN

ORIENTAÇÕES

Assinatura do Assistente Social e
carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

Vitíma de acidente de trânsito que sofreu um varão de ferro.

Sintoma descreve no parágrafo acima.

Exame físico:


Dr. Bruno Luz Cavaes
Médico
CRM-PB 23810

H.D.:

Precisa de cura.

CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: Sintoma de relutância

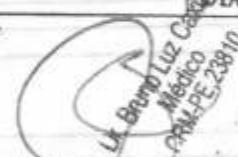
NRA

S664 434

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: _____	SIM () NÃO ()
Consulta c/ Observação	Solicitação	_____ / _____ / _____	
Indicação (Internamento)	Transferência	Hora: _____	
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: ____ / ____ / ____

Horas: _____


Dr. Bruno Luz Cavaes
Médico
CRM-PB 23810

Médico - CREMEPE
(Carimbo)



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

H.E.A.

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5667489
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: Bruno José da Silva Neto IDENTIFICAÇÃO Idade: 25

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco do Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso do Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao Fogo/Euumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNIQUAS

História Clínica Atual: Vítima de acidente de trânsito quando estava dirigindo seu carro, com direção pro piso, bateu.

Hipótese Diagnóstica: Fratura na Fratura.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões d' face: S() N() Retração Xistide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Clanosa ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR	
Abertura Ocular Espontânea	4
Abertura Ocular a Voz	3
Abertura Ocular a dor	2
Sem abertura ocular	1

RESPOSTA VERBAL	
Orientado	5
Confuso	4
Resposta Inapropriada	3
Sons Incompreensíveis	2
Sem resposta Verbal	1

RESPOSTA MOTORA	
Obedece ao comando	6
Localiza Estímulo Doloroso	5
Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Descorticação	3
Descerebração	2
Sem resposta motora	1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio cornissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocôricas () Anisocôricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica : S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()

Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Loló() Maconha() Cola() Cocaína () Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Extase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Tela Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar:

Infusão de Fluidos : S() N() Especificar:

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido:

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas:

Entubação Orotraqueal: S() N()

Intercorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Pratun.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HRO.

Hora:

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Bruno Luz Caxias
Médico
CRM-PE 23810

Médico Assistente

UMSJ 21/04/19

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Bezerros, 08 de Novembro de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se necessário, consta nos arquivos da UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ, ficha de atendimento, sob número de registro 928.580 datado de 21 de abril de 2019, às 17h 51', do Sr. Braz José da Silva Neto, residente à Rua Ivanildo Pessoa Souto Maior, 10, Cruzeiro – Bezerros – PE. O mesmo foi trazido pelo SAMU, com relato de acidente de moto, sendo transferido no mesmo dia para o Hospital Regional do Agreste (HRA).

Sem mais para o momento, renovo votos de consideração e respeito.
Atenciosamente,

Maria Clemilda da Silva Lira

Maria Clemilda da Silva Lira
Diretora Administrativa

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 502510

Prontuário: 337306

Nome: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data Nasc.: 06/01/1994 Idade: 25

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: SITIO LAGOA DA CHAN

Nº: 0

Bairro: DISTRITO DE AMEIXAS

Cidade: AMEIXAS / CUMARU

Estado: PE

CEP: 55658000

Fone:

Profissão:

Nome da Mãe: MARLIETE MARIA BRAZ DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/04/2019 20:12

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vítima se acidentou ao moto motocicleta
ao se aproximando um carro em alta
velocidade envolvendo o rodovias

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

NV ab.

Sem lesões
nas extremidades
nas 6 horas em ponto dia.

Diag Provisório:

Fratura

Dr. Thiago Cintra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18418 TEOT 15480

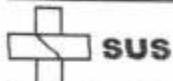
Fratura Nós com lesão AKUD
at: Dorosa e doloroso PR dia On.

Prescrição:

Dieta: _____
Dr. Thiago Cintra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18418 TEOT 15480

Data

Horário



**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

Bran José da Silva Mello

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
337306

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
06/01/94

9 - SEXO
Masculino

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

Waldemirina Bezerra Bezerra da Silveira

10 - RAÇA/COR

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Gito Lagoa da Chave

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Arcoverde

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF
PE

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pacientes vitimados em acidente no mês de fevereiro, fratura toracolumbar, com lesão da articulação.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Melhorias das condições

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

Fratura toracolumbar

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura toracolumbar

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Acidente de trânsito

31 - DOCUMENTO
() CNS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
CPF 05832857931

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Waldemir Soares da Silv

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/04/19

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

Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 18416 TEOT 15400

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
PR - 43 - 003

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldemir Soares da Silv

CRM 7169

261910396981-2



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

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Bogat Bois de Silveira Neto

6 - N° DO PRONTUÁRIO

331306

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

--	--	--	--	--

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/01/14

9 - SEXO

Male

Fem.

3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Arlete Nunes Bois de Silveira

Male

Fem.

3

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Grajaú Lagoa da Chave -

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Guarabira

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PE

18 - UF

PE

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dificuldades Imobiliárias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quando Dímero acima

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

Rx + Anamnese + EF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Infarto agudo de miocárdio

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exames gerais

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020458

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

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

5521

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Brônislá

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - Data de Falecimento ou Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

CRM 30361

2019

22 ABR 2019

22 ABR 2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO						gabin. 502 516
						REGISTRO Nº 327 306
						DATA 22/04/19
PACIENTE:	Dr. José da Silva Neto					
SALA CIRÚRGICA Nº	03					
CIRURGIA:	Tbc cir di pat. di radia					CIRURGIÃO: Dr. Milton dos Anjos
ANESTESIA:	Blog. braquial + sedac.					ANESTESIOLOGISTA: Dr. Robson Barbosa
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT. TOTAL			UNIT. TOTAL	
1x	Oxigênio			Aguilha Descartável		
04	Água Destilada			Aguilha para Pendura		
03	Atropina		01	Aguilha para Raqui plus		
	Bupivacaina			Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g		03	Atadura Crepom 15 mm		
	Clonidina		01	Cateter para Oxigênio		
01	Desametasona 4mg			Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco			Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona			Coletor de Urina Fechado		
03	Etilerfina			Dreno		
	Glicose 50%	05		Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina			Equipo para Sangue		
	Metoclopramida		01	Equipo para Soro		
	Neostamina			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina			Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			Fio de Aço		
05	Ringer co Lactato	17		Fio de Algodão		
04	Soro Fisiológico 500ml	1	02	Fio de Nylon 2.0	1	
	Soro Glicosado			Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol		05	Gase 7,5x7,5	1	
	Tenoxicam		02	Lâmina de Bisturi 2x15		
01	Popi		03	Luvas Estéreis 7,0	1	
1x	Flax. des.			Luvas Estéreis 7,5		
1x	Alcool 70%		02	Luvas Estéreis 8,0 8,5	1	
1x	Esparadrapo			Seringa 5ml		
04	Touca		04	Seringa 10ml		
04	Máscara		03	Seringa 20ml		
04	Dropí (pan)			Sonda de Foiev		
03	Trocava e/des			Sonda Endotraqueal		
				Sonda Nasogástrica		
				Sonda Uretal		
				Tubo para Aspiração		
			02	Compressa 6x5	1	
SUBTOTAL			SUBTOTAL			
			TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Cláudia Arlindo Oliveira
CRM-PE 20341

Assinatura do Cirurgião

Kitelly Meirelly
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



P160100
15/04
AS 21/04
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
DEPIN - Departamento de Informática
Hospital Regional do Agreste - Caruaru

CONTAS MÉDICAS

Nº AIH Tipo Prontuário Data do Inter. Data da Saída

Nome do Paciente: Bráz José da Silva Neto

Cartão SUS: 406002352589691 Data Nasc.: 06.01.94 Sexo:

Nome da Mãe: Marliete Maria Bráz da Silva

Nome do Responsável:

Logradouro: Lote 10 Cepada de Chão Nº: Bairro:

CEP: Código Munic.: UF: Pernambuco

Nacionalidade: Raça / Cor: Documentação:

502516

Procedimento Solicitado <input type="text"/> 040 802 0458	Procedimento Principal <input type="text"/>	Modalidade <input type="text"/>	Espec. <input type="text"/>	Careter de Atend. <input type="text"/>
--	--	------------------------------------	--------------------------------	---

CID Principal <input type="text"/> S = 521	CID Secundário <input type="text"/>	CID Causa Assoc. <input type="text"/>	Enfermaria <input type="text"/>	Leito <input type="text"/>
---	--	--	------------------------------------	-------------------------------

Motivo Saída / Permanência 12 CID Causa Morte:

CPF do Solicitado <input type="text"/> feitor dos projos 41146	CPF do Responsável <input type="text"/>	CPF do Autorizador <input type="text"/>
---	--	--

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Departamento de Informática - DEPIN

SERVIÇOS PROFISSIONAIS	CPF/CNPJ do Profissional	CBO Profissional	Procedimento	Tipo Ato	Qte. Ato	N. Fiscal
	1	Maurício Paes	935	040 802 0458		01
	2	Gaston dos Prazeres	1446	"	01	
3	Robson Barbosa	1272	"		01	Cogn 58024
4	Ortese	X	Tac.	X		
5						
6	Maurício Paes	935	030 101 0170		01	
7						
8	Fávermeineira	123	030 101 0048		01	
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3258-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3209-0701

CONTROLE DE MATERIAIS

UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 058021

2º Via Cliente

Hospital H.R.A

Convênio: TAC

Cidade:

Nome do Paciente: Braz José da Silveira Neto Data da Cirurgia: 22.04.19

Nome do Paciente: Dra. Ana Paula Data de Cirurgia: 01/01/2024
Médico: Dra. Cláudia Maurício Membro Operado: Braço

De Clusters Action Committee

27 ABR. 2019

PARAFUSOS CORTICais	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

CY:157-

Nome Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/01/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: U001B
Convênio:
Atendimento:
SAMR:

Período: 21/04/2019 20:03 - 21/04/2019 20:04

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Sintoma Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO DOR + EDEMA +
LIMITAÇÃO EM MSD /
HD. FRATURA FECHADA

Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5667489

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acionado(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 21/04/2019 20:05

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
SECRETARIA DE SAÚDE DE PE - SUS
SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS
CCIH - FICHA DE CONTROLE

NOME DO PACIENTE	<i>Bgoz 1012</i>	SEXO	<i>M</i>	IDADE	<i>60</i>
REGISTRO		<input type="checkbox"/> RECUPERAÇÃO	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	
CIRURGIA DE URGÊNCIA	<input type="checkbox"/>	CIRURGIA ELETIVA <input type="checkbox"/>			

PROFILÁTICO TERAPÊUTICA
ASSOCIAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SIM NÃO

JUSTIFICATIVA - Diagnóstico clínico e/ou microbiológico _____

*Dr Gláuber Antônio Oliveira
CRM-PB 25331*

CREMEPE _____ DATA _____ / _____ / *22 ABR 2019*
Assinatura legível ou carimbo

ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOCE EMPÍRICA ESPECÍFICA

ANTIMICROBIANOS	PADRONIZADO (sim ou não)	DOSE	DURAÇÃO PREVISTA
<i>Oxicilime 500</i>	<i>sim</i>	<i>200mg dia</i>	<i>24 horas</i>

ANTIBIÓTICOS SENSÍVEIS _____ / _____ / _____

Parecer da CCIH _____ _____ _____	CREMEPE _____	DATA _____
Assinatura do Presidente da CCIH		

Recebido às _____ horas pelo funcionário _____
Data _____ / _____ Assinatura do Farmacêutico _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	<i>Bento 1915 de Silveira Neto</i>	Nº do Registro:
Clinica:	<i>Osteopatia</i>	Nº do Leito
Operador:	<i>Dra. Maurício Pess</i>	
1º Assistente:	<i>Dra. Reilton B</i>	2º Assistente:
Instrumentador:	<i>Marcil</i>	
Anestesia:	<i>BPRBiquial D</i>	
Data da Operação:	<i>2004 19</i>	Inicio:
Diagnóstico Pré-Operatório:	<i>Orteles Galactoz D</i>	

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

*Artroscopia com placa DCP
3,5 mm*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Pto em DDH, 10h BPRBiquial D
Antebrânia + Auxiliar + Apoio côn
Campos cirúrgico artroscó
Acesso Henry
Divisão dos planos
Afogado o fixação da placa DCP 3,5
com os parafusos corticos distais
Os paraf. corticos proximais
Autélio
Cerratio
Drenagem
A ARPA*

604-2801
LIVRE DE ERROS
LIVRE DE ERROS
LIVRE DE ERROS



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 219016

M105

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:
Fenbutril ①	100mg		Bloqueio do plexo bucal e cervical
Midazolam ②	2mg		Posicionamento manotórax, a extensão e
Cefazolina ③	2g		anestesia, punção via supraclavicular
Dipirona - ④	2g		② cuidado com VSG e agulha A50 com
Dexametasona ⑤	10mg		Ropivacaína 25ml, bloqueio espinal, para cedi-
Propofol ⑥	0,5L	25ml	mento relaxante?
			DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:
			DURAÇÃO DA ANESTESIA:
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHADO
			<input type="checkbox"/> ACORDADO
			<input type="checkbox"/> ADORMECIDO
			<input type="checkbox"/> SONOLENTO
			<input type="checkbox"/> INTUBADO
			<input checked="" type="checkbox"/> DESTINO
			<input type="checkbox"/> RPA
			<input type="checkbox"/> UTI
			<input type="checkbox"/> QUARTO

TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio de plero brachial clínico
Posicionamento, manobra mixada, extensão e antissepsia, punção via supra ombílica.
O encaixe prí V8G e agulha A50 com
Ropivacaína 25ml, bloqueio efetivo, procedimen-
to realizado.

卷之三

第二部分·第十一章·社会心理学的分支

CARDIOSÓPIO CAPNÓGRAFO PVC
 OXÍMETRO S. VESICAL TEMPERATURA
 PNI LINHA ARTERIAL MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

+ Debons
m 11/18

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Unidade de saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Paciente:

Registro N°:

Clinica:

Leito N°:

H.R.A.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: *Bruno Tonin Siva Mato*

26/04/2015

ITEM
01

MEDICAMENTO – POSOLOGIA – VIA DE ADMINISTRAÇÃO
S/V Q.

DIETA LIVRE

JELCO HIDROLISADO

03 TILATIL 20MG; 01 AMP + ADIV 12/12H (S/N)

04 DIPIRONA 500MG/ML; 01 AMP + ADEV 6/6 H

TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV, 8/8H LENTO (S/N)

PLASIL 01 AMP + AD, IV, 8/8H (S/N)

06 CLEXANE 40MG SC 1X DIA *suspenso*

07 SSVV + CCGG *Dolina*

09 AGUARDA VAGA NA ENFERMARIA *com*

10 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

ENF 502540 REG. 37306 LEITO:

HORÁRIO

ok

*Dr. Thiago Cintra
Ortopedista Traumatologista
Ortopedista Traumatologista EOT 15480
CRM-PE 18418*

15/04/2015

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

$$\text{Protoperiod} = 502546 \quad f_{\text{req}} = 334396$$

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente: Bruna Fernanda Maria

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com

*42155

421556

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34

Prontuário.: 337306

Impresso.: 21/04/2019 - 22:43

Procedência : EMERGENCIA

Impresso por.: WALKER

Leito.....:

Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Exames:

HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....	4,23	milh/mm ³
HEMOGLOBINA.....	13.2	g/dL
HEMATÓCRITO.....	38.7	%
V.C.M.....	96.8	fL
H.C.M.....	33.0	pg
C.H.C.M.....	34.1	uL
R.D.W.....	13.4	

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS

	Homens	Mulheres
4.3 - 5.7	3.9 - 5.0	
13.5 - 17.5	12.0 - 15.5	
38.8 - 50	34.9 - 44.5	
81.2 - 95.1	81.6 - 98.3	
26 - 34	26 - 34	
31 - 36	31 - 36	
11.6 - 14.9	11.6 - 14.9	

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	18.050	/mm ³
PROMIELÓCITOS.....	0	
MIELÓCITOS.....	0	
METAMIELÓCITOS.....	0	
BASTONETES.....	0	
SEGMENTADOS.....	77	13899
EOSINÓFILOS.....	01	181
BASÓFILOS.....	0	
LINFÓCITOS TÍPICOS.....	14	2527
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	0	
MONÓCITOS.....	08	1444
PLASMÓCITOS.....	0	
ERITROBLASTOS.....	0	
ASPECTOS CITOMORFÓLOGICO		

Relativo %	Absoluto mm ³
	4000 - 11000
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	0 - 2100
47.0 - 63.0	1500 - 6900
1.0 - 7.0	0 - .700
0.0 - 1.0	0 - 190
20.0 - 30.0	1200 - 4000
0.0 - 0.0	
4.0 - 6.0	100 - 950
0.0 - 0.0	0 - 0
0 - 0	0 - 0

PLAQUETAS..... 479.100 /mm³

140.000 - 450.000

Ensaios com matérias coletadas em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.



Dr. Walker Spencer
Biomedicina - CRBM/PE 0472



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com



421556

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34

Prontuário.: 337306

Impresso.: 21/04/2019 - 22:56

Procedência : EMERGENCIA

Impresso por.: GRACAS

Leito....:

Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Exames:

GLICOSE

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 122 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

70 a 99

Enzimático (hexoquinase) automatizado

OBS:

UREIA

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 25 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Adultos : Menor que 50

Cinético automatizado

Crianças: 5 a 19

OBS:

CREATININA

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 0.8 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Recém-nascidos (prematuros) : 0.3 a 0.9

Reação Cinética Jaffé automatizada

Recém-nascidos (de termo) : 0.2 a 1.0

Crianças(2 meses a 3 anos) : 0.2 a 0.4

Crianças (3 a 11 anos) : 0.3 a 0.7

Mulheres : 0.5 a 0.9

Homens : 0.7 a 1.2

OBS:

Ensaios com matérias coletadas em dias, horários e metodologia diferentes poderão apresentar resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Dra. Maria das Graças Silva
Farmacêutica / Bioquímica
CRF/PE 1876



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP:55.000-000

CNPJ:09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriobra@hotmail.com

Telefone: (81) 3719-9375

*42165

421652

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117

Paciente.: BRAZ JO
Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito...: ORTOPEDIA

Local de Entrega : VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16

Impresso.: 22/04/2019 - 13:15

Impresso por.: PAULO

四百九十八

Bloss

HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....	5.65	mlh/mm3	4.3 - 5.7	3.9 - 5.0
HEMOGLOBINA.....	16.8	g/dL	13.5 - 17.5	12.0 - 15.5
HEMATÓCRITO.....	45.8	%	38.8 - 50	34.9 - 44.5
V.C.M.....	81.1	fL	81.2 - 95.1	81.6 - 98.3
H.C.M.....	29.7	pg	26 - 34	26 - 34
C.H.C.M.....	36.7	uL	31 - 36	31 - 36
R.D.W.....	12.0		11.6 - 14.9	11.6 - 14.9

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS

Normocíticas

Normocrônicas

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	10.360	/mm3		4000 - 11000
PROMIELÓCITOS.....		0		
MIELÓCITOS.....		0		
METAMIELÓCITOS.....		0	0.0 - 0.0	0 - 0
BASTONETES.....		0	3.0 - 6.0	0 - 2100
SEGMENTADOS.....	70	7252	47.0 - 63.0	1500 - 6900
EOSINÓFILOS.....	04	414	1.0 - 7.0	0 - 700
BASÓFILOS.....		0	0.0 - 1.0	0 - 190
LINFÓCITOS TÍPICOS.....	18	1865	20.0 - 30.0	1200 - 4000
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....		0	0.0 - 0.0	
MONÓCITOS.....	08	829	4.0 - 6.0	100 - 950
PLASMÓCITOS.....		0	0.0 - 0.0	0 - 0
ERITROBLASTOS.....		0	0 - 0	0 - 0
ASPECTOS CITOMOREFÓLOGICO				

PLAQUETAS.....: 297.000 /mm³

140 000 = 450 000

Ensaios com matérias coletadas em dias, horários e metodologia diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.


Dr. Paulo Fierros Pereira Júnior
Farmacêutico / Bioquímico
CRF-SP/016.5222



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ:09 794 975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com

421652



Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117

Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito....: ORTOPEDIA

Local de Entrega : VERDE

Local de Entrega : VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16

Impresso.: 22/04/2019 - 12:59

Impresso em 22/07/2019

卷之三

COAGULOGRAMA II

Data da Coleta: 22/04/2013

Tempo de Sangria.....: 1'45 "

 Tempo de Coagulacao.....: 6'30 "

 Tempo de Protombina.....: 14.0 seg

 Atividade de Protrombina.....: 90 %

 INR.....: 1.07

VALORES DE REFERÊNCIA

1 a 4 minutos

5 a 10 minutos

OBS. 1.

PACIENTE CONTROLE: POOL: TEMPO DE PROTOMBINA = 13.1seg.
ATIVIDADE ENZIMATICA = 100%
INR = 1.0

Ensaios com matérias coletadas em dias, horários e metodologia diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.


Dra. Sandra Maria Pereira da Costa
Farmacêutico/Bioquímico
CRE/FH-2098

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA RESUMO DE ALTA

Nome: Bento José Silveira Neto

Prontuário: 234306

Data: 21/04/19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Ectasia Gástrica D

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ambulatório ortopédico

TRATAMENTO REALIZADO:

Alta ambulatorial com Rxcc DC P35

Alta Hospitalar: Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Dr. Cleiton Andrade Oliveira

23 ABR. 2010

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

Bento José da Silva

Nº 10 portador da Carteira Profissional nº _____

_____ série _____, necessita de 30 (Trinta)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

HRA

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

23 ABR 7019



ASS. do Médico - CRM Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro N°:

Clínica:

Enfermaria:

One ora
Dipirona 500
m6-01x
01 concurso 6164


Dr. Cláudia Almeida Oliveira
CRMF-PE 30.561

73 ABR. 2010

Data ____ / ____ / ____

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____

CRM Nº _____ UF: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: *Bento Braga de Moraes*

Endereço: *Av. 0000*

Prescrição: *Afebril 50 mg - 28*

com 1.

01 corante 6164 + clor

23 ABR. 2019

Data: ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____ / ____ / ____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: BRAH BÍCIO SILVA NETO

Prontuário: 331306

Data: 21/04/19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Egastro Colox 77 D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ambulatório ortopédia

TRATAMENTO REALIZADO:

Otagmíntos com Raca DC P35

Alta Hospitalar: Data: 21/04/19 Hora: _____

29/05/19

8h

Dra. Mitha Barroso

23 ABR 2019


Ass. do Médico e CRM
Carimbo







Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
105.172.374-40

Nome
BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Nascimento
06/01/1994

CÓDIGO DE CONTROLE
0C10.10BE.EE6A.ECC6



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:58:21 do dia 17/07/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200088534 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO **Data do acidente:** 21/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.16 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071179/20

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

CPF: 105.172.374-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2019

Titular do CPF: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO : 105.172.374-40

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: 21/02/2020
Nome: BRAZ JOSE DA SILVA NETO
CPF: 105.172.374-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088534

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRAZ JOSE DA SILVA NETO

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.seguradoraalider.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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200088534 Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 21/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRAZ JOSE DA SILVA NETO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000090147-7

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

105 172.374-40 Braz José da Silva Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 15/2012

5 - Nome completo:

Braz José da Silva Neto

6 - CPF:

105 172.374-40

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

51 lagoa da cha

9 - Número:

530

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sítio lagoa da cha

12 - Cidade:

Bezerros

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55660-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 995768288

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: 2192

CONTA: 90147

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):

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (valer 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezerros 19/02/2020

BRAZ JOSÉ DA SILVA NETO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)